

# **Les facteurs influençant l'adhérence médicamenteuse dans la douleur chronique non maligne au sein de la population adulte**

Travail de Bachelor

Par  
**Marie- Louise Bobo et Amélie Dunand**  
2012-2015

Sous la direction de: Eliane Schenevey Perroulaz

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

Juillet 2015

## **Résumé**

**Problématique:** La douleur chronique persiste au-delà du temps attendu pour qu'une guérison normale se produise et varie de plusieurs mois à plusieurs années. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 12 à 30% de la population européenne souffre de douleur chronique et celle-ci constituera la principale source d'incapacité d'ici 2020. Elle est difficilement traitable et est associée à la non-adhérence au traitement pharmacologique prescrit, ainsi qu'à une augmentation de consultation des services de santé.

**Le but** est d'identifier les facteurs influençant la non-adhérence médicamenteuse dans le traitement de la douleur chronique non maligne auprès de la population adulte.

**Méthode :** il s'agit d'une revue de littérature étoffée comprenant 8 articles provenant de PubMed et de revues spécialisées.

**Résultats :** 3 comportements principaux de non-adhérence ont été relevés : la sous-utilisation, la sur-utilisation et les comportements mixtes. Ceux-ci sont notamment les perceptions, les croyances et les connaissances provenant des expériences et de la culture des patients.

**Conclusion :** Les résultats ont permis d'entrevoir un ensemble de facteurs liés à l'adhérence médicamenteuse chez les personnes souffrant de douleur chronique, ce qui permettra d'améliorer les interventions auprès de ces patients.

**Mots-clés:** chronic pain; non-malignant chronic pain; medication adherence; pharmacological treatment.

### ***Zusammenfassung:***

**Hintergrund:** der chronische Schmerz dauert länger als eine normale Heilung und kann mehrere Monate bis Jahre dauern. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO), leiden 12 bis 30% der europäischen Bevölkerung unter chronischem Schmerz und diese wird die Hauptquelle der Behinderung bis zum Jahr 2020 sein. Er ist schwierig zu behandeln und ist mit der Nicht-Adhärenz der pharmakologischen Behandlung und auch mit einer Erhöhung der Beratung der Gesundheitsdienstleistungen, verbunden.

**Das Ziel** ist die Faktoren zu identifizieren, die die Nicht-Adhärenz beeinflussen bei der Behandlung von nicht-malignen chronischen Schmerzen bei der erwachsenen Bevölkerung.

**Methode:** Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturübersicht aus 8 Studien der Datenbank PubMed und aus Fachzeitschriften.

**Ergebnisse:** drei Verhalten der Nicht-Adhärenz sind zu bemerken: die Unter-, Überbenützung und die gemischte Verhalten. Sie sind mit der Wahrnehmungen, den Glauben und die Kenntnisse verbunden. Die Faktoren die nicht-Adhärenz entstehen auch aus der Kultur und die Erfahrungen der Patienten.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen, eine Reihe von Faktoren, bei der Medikamenten Einhaltung der Menschen mit chronischen Schmerzen verbunden sind. Diese bieten eine Verbesserung der Interventionen für die Patienten.

**Schlüsselbegriffe:** chronic pain; non-malignant chronic pain; medication adherence; pharmacological treatment.

## ***Tables des matières***

<b>Résumé .....</b>	<b>ii</b>
<b>Zusammenfassung:.....</b>	<b>iii</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>vi</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Problématique.....</b>	<b>3</b>
La douleur chronique ou syndrome douloureux chronique.....	3
La non-adhérence .....	9
L'adhérence.....	12
<b>Cadre de référence .....</b>	<b>16</b>
<b>Méthode.....</b>	<b>18</b>
Revue de littérature : .....	18
Les étapes de la revue : .....	18
Mots-clés ou mots MESH.....	18
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	19
Stratégies de recherche : .....	19
<b>Résultats .....</b>	<b>23</b>
Descriptif des études .....	23
Présentation des résultats .....	24
Facteurs de non-adhérence relatifs au patient .....	26
Les croyances du patient .....	26
Connaissances du patient .....	27
Comportements du patient .....	28
Facteurs socio-économiques de non-adhérence.....	29
L'âge .....	29
Facteurs socio-démographiques .....	29
Prestations compensatoires et assurances .....	30
Les facteurs de non-adhérence relatifs à la pathologie .....	31
L'intensité et la durée de la douleur .....	31
Diagnostic.....	32
Perceptions de la douleur.....	32
Les facteurs de non-adhérence relatifs au traitement .....	33
Type de traitement.....	33
<i>Prescriptions médicales.....</i>	<i>33</i>

<i>Les types d'analgésiques.</i> .....	34
<i>Les médecines alternatives.</i> .....	34
Croyances en lien avec la médication .....	35
Comportements en lien avec la médication .....	36
<b>Discussion</b> .....	<b>38</b>
Organisation des résultats .....	38
Perceptions .....	39
La douleur .....	39
La médication .....	39
Comportements .....	41
Types de traitements .....	43
Conclusion de la discussion avec l'adhérence .....	44
Implication pour la pratique .....	45
Les limites de la revue de littérature .....	47
<b>Conclusion</b> .....	<b>49</b>
<b>Liste des références bibliographiques.</b> .....	<b>50</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>53</b>
Appendice A : déclaration d'authenticité .....	53
Appendice B : Schéma de l'OMS .....	54
Appendice C : Grille de lecture d'un article scientifique, approche qualitative ....	55
Appendice D : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative ..	59
Appendice E : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative ..	65
Appendice F : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative ..	68
Appendice G : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative ..	72
Appendices H : Grille de lecture d'un article scientifique, approche qualitative ..	76
Appendice I : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative ....	81
Appendice J : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative ...	87
Appendice K : Tableau de résumé des résultats : .....	93
Appendice L : Echelles BMQ .....	97
Appendice M: Echelle ADS .....	98
Appendice N: Echelle numérique: .....	100
Appendice O: Echelle HADS .....	101
Appendice P: Echelle IPQR: .....	102
Appendice Q: Echelle de MARS: .....	105
Appendice R: Echelle de Morisky: .....	106
Appendice S: Echelle de Vanderbilt .....	107

### ***Remerciements***

Nous tenons à remercier Madame Eliane Schenevey Perroulaz, directrice de ce Bachelor Thesis, pour son soutien et son engagement, à travers les rendez-vous, les séminaires et la rédaction. Grâce à ses points de vue, nous avons pu avancer et nous nous sommes senties guidées dans notre démarche qui impliquait l'exploration d'une thématique qui nous était encore inconnue jusqu'à l'initiation de ce travail.

Nous remercions également nos familles, pour leur temps mis à contribution lors de la relecture de cette revue de littérature étoffée ainsi que pour leur soutien tout au long de ce processus.

## ***Introduction***

La douleur chronique persiste au-delà du temps attendu pour qu'une guérison normale se produise et varie de plusieurs mois à plusieurs années. L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) relève que 12 à 30% de la population européenne souffre de douleur chronique et que cette dernière constituera la principale source d'incapacité d'ici 2020. Dans ce contexte, il a été prouvé que la douleur chronique est résistante au traitement et peut être associée de manière significative à la non-adhérence au traitement pharmacologique prescrit, ainsi qu'à une augmentation de consultation des services de santé (Nicklas et al., 2010). La non-adhérence désigne un comportement de prise incorrecte de la médication prescrite (Berben & De Geest, 2012) et est « associée à une augmentation de la morbidité, de la mortalité, des coûts ainsi qu'à une négligence des aspects thérapeutiques » [Traduction libre ] (Vrijens et al., 2012, p. 691). Plusieurs modèles ont été élaborés en vue d'investiguer les facteurs prédisant la non-adhérence au traitement de la douleur chronique, dont celui de l'OMS, qui comprend 5 déterminants ou facteurs inter-reliés contribuant à la non-adhérence, choisi dans le cadre de cette revue de littérature étoffée. Le but de ce travail est d'investiguer les différents facteurs de la non-adhérence au traitement de la douleur chronique en explorant différents articles qui relèvent ces éléments, tout en se basant sur le modèle de l'OMS afin de les classer. Pour ce faire, différents concepts ont été définis, à savoir, la douleur chronique, la douleur aiguë, la non-adhérence ainsi que l'adhérence afin de mieux cerner le contexte étudié. La méthodologie comprend différentes étapes. Les résultats, c'est-à-dire les facteurs de non-adhérence figurant dans les différents articles analysés et se référant au cadre de référence de l'OMS, ont été mis en évidence. La discussion fait émerger des

thèmes principaux transférables pour la pratique clinique et apporte une réflexion autour de la non-adhérence au traitement contre la douleur chronique.



## ***Problématique***

### **La douleur chronique ou syndrome douloureux chronique**

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain en 1976 comme "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions" [traduction libre] (Bogduk, & Merskey, 1994, p. 210). A ce propos, il convient de savoir que la douleur peut être catégorisée en fonction de son profil évolutif en tant que douleur aiguë ou chronique. La première désigne un symptôme, une sensation déclenchée par le système nerveux pour alerter l'ensemble de l'organisme et évoluant depuis moins de trois mois, tandis que pour une douleur résistante aux traitements usuels et persistante depuis trois à six mois, le terme chronique est utilisé (Bogduk, & Merskey, 1994). Selon Chauffour-Ader et Daydé (2008), « la douleur chronique implique la tolérance, à savoir la capacité à supporter une augmentation de l'intensité de la stimulation et varie d'un moment à un autre et d'un individu à un autre » (p.29). La maladie chronique, quant à elle, comme l'indique l'Ecole Nationale de Santé Publique en 2004, est « une affection constituée de cycles pendant lesquels se succèdent phases aiguës (crises), de stabilisation ou d'évolution de la maladie » (p.11). Ainsi, il convient de dire que la douleur chronique ou syndrome douloureux chronique et la maladie chronique sont perçues de différentes manières. En effet, selon l'Association québécoise de la douleur chronique (2009) :

La douleur chronique n'est pas encore reconnue comme une maladie en soi. Cependant, deux écoles de pensée subsistent à ce sujet dans le milieu de la santé. Il s'agit premièrement de la douleur chronique en tant que symptôme au même titre que la douleur aiguë. La deuxième école préconise

que la douleur chronique est une maladie en raison des changements neurochimiques survenant chez les personnes atteintes de douleur chronique (p. 5).

En outre, la douleur chronique est associée à plusieurs causes, dont les plus citées par Breivik et al.(2006) dans leur sondage sont : l'arthrose et la polyarthrite combinées à raison de 42%, les traumatismes ou la chirurgie, les dommages nerveux, qui tous deux représentent respectivement 15% et 4%. Par ailleurs, la douleur chronique revêt une importance significative puisqu'elle touche entre 12 et 30% de la population européenne en 2006 parmi des pays comme la Norvège, la Pologne ou l'Italie (Breivik et al., 2006). Les Etats-Unis, quant à eux, ont enregistré un taux de prévalence de douleur chronique estimé à 100 millions d'adultes américains en 2013 (Rasu et al., 2013). De surcroît, « l'OMS estime que les maladies chroniques constitueront la principale source d'incapacité d'ici 2020, étant donné que l'évolution est liée à l'amélioration de la technicité médicale et à l'augmentation de l'espérance de vie » (Coudeyre et al., 2010, p. 441). Dans le cadre de cette revue de littérature étoffée, le concept de douleur chronique non maligne a été choisi, car il va au-delà de la notion de douleur chronique par la mise en évidence du retentissement de cette dernière sur différents plans de la vie du patient, tout en excluant la douleur cancéreuse. Dans cette optique, Christiann (2007) définit la douleur chronique non maligne comme étant

Une douleur persistante qui peut concorder avec les données physiques et qui est associée avec au moins deux des conditions suivantes : une détérioration progressive de la capacité fonctionnelle au domicile, sur un plan social et au travail ; une augmentation progressive de la demande et du recours à des médicaments ou à des procédures médicales invasives ; un trouble de l'humeur ; de la colère et de l'hostilité significative (p. 10).

Cette définition fait donc référence à la particularité de la douleur de manière générale, à savoir, qu'elle est toujours individuelle, personnelle et subjective, ainsi qu'aux quatre composantes de la douleur. La composante sensori-discriminative

correspond à ce que le patient sent en termes d'aspects qualitatifs et quantitatifs de la douleur. La composante affective et émotionnelle comprend les aspects désagréables et pénibles que le patient ressent et dépend donc de son caractère ainsi que de sa personnalité. La composante cognitive fait référence à ce que le patient comprend du point de vue des processus mentaux mis en jeu par la douleur. Elle est tributaire des facteurs socio-culturels, ainsi que de l'histoire personnelle et familiale du patient. Puis, la composante comportementale tient compte de ce que le patient dit et montre, à savoir les manifestations conscientes ou non de la douleur (Berthoux & Calmels, 2002). Ainsi, il est important de noter que selon Monsivais et McNeill (2007)

Le modèle biomédical, basé sur la prémisse que la maladie constitue un processus strictement biologique pouvant être guéri, est toujours le paradigme dominant dans le système de santé actuel. Par conséquent, étant donné que l'idée de la guérison est prévalente, le problème de la douleur chronique est souvent incorporé dans le paradigme de la douleur aiguë, ce qui implique des difficultés pour ceux qui ont des problèmes complexes et cachés du système de santé, tels que ceux qui se réfèrent aux composantes de la douleur susmentionnées [traduction libre] (p.65).

En effet, d'après Broekmans et al. (2009)

L'OMS indique que la douleur chronique représente plusieurs caractéristiques comme sa constance entraînant des déficiences, elle est causée par des altérations pathologiques non réversibles, demande des exercices spéciaux pour sa réhabilitation ou peut demander une longue période de supervision, d'observation ou de traitement [traduction libre] (p. 115).

En référence à Monsivais & McNeill (2007)

Le modèle de la douleur chronique délimite les attentes que la médecine de la douleur devrait résoudre immédiatement, cependant, les patients ou les soignants, souvent, ne veulent pas faire le travail qui va de pair avec le contrôle

de la maladie chronique. En effet, le contrôle de la maladie chronique peut prendre plus de temps et de collaboration entre le soignant et le patient, afin de l'écouter avec soin et de décortiquer son histoire, ce qui est presque impossible dans le système de soins de santé actuel [traduction libre] (p. 65).

En outre, il n'existe pas de relation proportionnelle entre la lésion et la douleur ressentie par le patient (Brasseur, 1997, p. 2), ce qui ajoute une difficulté supplémentaire à l'évaluation de la douleur chronique. Par conséquent, compte tenu des éléments précités provenant de la littérature, la prise en charge de la douleur chronique non maligne, dont le traitement pharmacologique constitue le premier choix, rime avec complexité (Broekmans et al., 2010, p. 1408). Différentes initiatives ont néanmoins été mises en place en vue de guider le traitement de la douleur chronique. Tout d'abord, l'OMS a mis en place 3 paliers en 1986 qui comprennent des directives visant l'adoption d'un schéma thérapeutique en trois phases. Par ailleurs, le passage d'une phase à une autre ne peut être envisageable que si la première est insuffisante, l'objectif étant d'éviter un surdosage et de limiter les effets secondaires des médicaments. Le premier palier concerne les douleurs faibles à modérées et préconise la prise d'antalgiques « habituels » agissant sur le système nerveux périphérique, tels que le paracétamol, l'acide acétylsalicylique ou les antirhumatismaux. Le deuxième palier comprend les douleurs moyennes. Ces dernières requièrent l'utilisation d'opioïdes agissant faiblement sur le système nerveux central, tels que la codéine ou le tramadol, qui sont le plus souvent administrés avec des médicaments du premier palier. Quant au troisième et dernier palier, celui-ci concerne les douleurs fortes à insupportables avec l'utilisation requise d'opiacés agissant fortement sur le système nerveux central, notamment la morphine ou le fentanyl (Progin, 2014-2015, p. 9-10). Les effets secondaires de ces médicaments induisent des manifestations telles que les insomnies, la fatigue, la sédation, la sécheresse bucale, l'inflammation de la muqueuse, les difficultés à avaler

et des troubles gastro-intestinaux faisant référence aux nausées, aux vomissements, à la constipation et aux brûlures d'estomac (Progin, 2014-2015). D'autre part, Rasu et al. (2013) précisent que des guides de bonne pratique fondés sur des données probantes ont également élaboré des directives concernant le traitement médicamenteux de la douleur chronique non maligne. En effet, des organisations telles que l'Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), The Wisconsin Medical Society (WMS), la société américaine des médecins intervenant sur la douleur ainsi que la société américaine de la douleur combinée avec The American Pain Society and American of Pain Medicine (APS-AAPM) ont élaboré des guidelines cliniques en vue d'apporter des recommandations favorisant une gestion améliorée du traitement de la douleur chronique non maligne. Globalement, ils renferment des recommandations semblables et ont plusieurs axes principaux. Leur but est de déterminer les types de douleurs des patients afin de leur adresser des traitements adaptés. De manière générale, ils recommandent l'usage d'anti-inflammatoires non stéroïdiens comme traitement de première ligne de la douleur chronique. De plus, les opioïdes constituent des options appropriées devant être utilisés en combinaison lorsque d'autres thérapies n'ont pas réussi à soulager la douleur. De ce fait, les guidelines visent aussi la promotion de l'usage de traitements non pharmacologiques tels que la thérapie physique ou la thérapie cognitivo-comportementale pour tous les patients, en addition aux médicaments.

Cependant, la présente revue de littérature se porte uniquement sur le traitement pharmacologique de la douleur chronique non maligne, dont les médicaments les plus consommés par cette population sont, d'après l'étude de Breivik et al. (2006), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (44%), les faibles opioïdes analgésiques (23%), le paracétamol (18%) et les forts opioïdes analgésiques (5%). Ainsi, un traitement effectif de la douleur requiert souvent des combinaisons de thérapies, mais les

preuves scientifiques manquent toujours pour déterminer quelles sont les combinaisons les plus efficaces et les plus sécurisantes (Rasu et al., 2013), d'autant plus que la douleur chronique a été prouvée comme résistante au traitement (Nicklas et al., 2010). D'ailleurs, il convient de savoir que « la physiopathologie de la douleur chronique non maligne n'est pas entièrement claire à ce jour, mais implique des interactions complexes entre des problèmes d'ordres physique, psychologique et social » [traduction libre] (Broekmans et al., 2009, p. 115). Dans cette optique, Breivik et al. (2006) ont observé que 64% des participants à leur étude ont déclaré que durant certaines périodes, les médicaments n'étaient pas adéquats pour contrôler leur douleur, apparemment lorsque l'activité causait une percée de la douleur. A ce titre, Rasu et al. (2013) précisent « qu'à cause des complexités liées au traitement de la douleur chronique, beaucoup de patients n'atteignent jamais une gestion adéquate de leur traitement » [traduction libre] (p. 568). Par conséquent, la douleur chronique impacte sur leurs activités quotidiennes avec des conséquences telles que des taux élevés de maladies psychiques et d'utilisation des services de santé, l'incapacité de travail, des troubles du sommeil, l'isolement et le désintérêt ainsi que des problèmes d'ordres relationnels et familiaux (Nicklas et al., 2010). Breivik et al. (2006) ont donné quelques exemples corroborant ces propos en demandant à des patients souffrant de douleur chronique de reporter leur capacité à entreprendre des activités sur une échelle à 3 points. Parmi les domaines d'activités affectés par la maladie chronique, les participants de cette étude, ont autoreportés le fait d'avoir perdu des capacités, notamment : le maintien des relations avec leurs familles et leurs amis (5%), la conduite de véhicule (23%), le maintien d'un style de vie indépendant (6%), le travail (32%), la participation à des activités sociales (14%), la marche (7%), les tâches ménagères (12%), les exercices (23%), le sommeil (9%). Certains participants à l'étude (21%) ont admis avoir été diagnostiqués dépressifs à cause de leur douleur.

Les répondants de cette étude ont également indiqué le nombre de visites faites chez leur médecin dans les 6 derniers mois : 16% ne l'ont pas consulté du tout, 14% l'ont consulté une fois, 60% ont vu leur docteur de deux à neuf fois et 11% l'ont vu au moins 10 fois. Parmi les participants à l'étude qui avaient consulté leur médecin, il leur a été demandé si celui-ci avait déterminé leur niveau de douleur. 67% ont indiqué qu'il le faisait à chaque visite et 12% ont relevé qu'il ne l'avait jamais fait.

### **La non-adhérence**

Outre les conséquences susmentionnées de la douleur chronique, une autre difficulté liée à cette dernière a une importance non négligeable, il s'agit de la non-adhérence médicamenteuse. En effet, si le traitement pharmacologique constitue la base de la prise en charge de la douleur chronique non maligne, il n'en demeure pas moins que, selon Nicklas et al. (2010), la douleur chronique a été associée à une non-adhérence significative à la médication prescrite. Breivik et al. (2006) soulignent l'importance de ce phénomène en précisant que parmi les participants à leur étude bénéficiant d'une prescription médicale contre la douleur chronique, 26% ont arrêté de prendre leurs médicaments, évoquant des raisons telles que la capacité de gérer seul ou de vivre avec leur douleur (19%), l'estimation de la douleur comme peu intense (15%), les effets secondaires trop nombreux des médicaments (14%), les inquiétudes au sujet de la dépendance (2%). De surcroît, Broekmans et al. (2010) mettent en exergue le fait que la non-adhérence médicamenteuse a été peu étudiée auprès des patients non dépendants souffrant de douleur chronique non maligne. Ceci résulte selon eux en un petit nombre de publications existantes à ce sujet et démontrant néanmoins que la non-adhérence médicamenteuse dans la douleur chronique est un problème commun chez cette population pour des fréquences situées entre 8% et 53%. Berben et De Geest (2012) définissent la non-adhérence comme suit.

Il s'agit de la prise incorrecte du médicament prescrit. C'est un problème important chez les patients souffrant de pathologies chroniques. Il a été montré que 25 à 50% des malades chroniques ne prennent pas leur traitement ou ne le prennent pas au bon moment. [Traduction libre] (p.32).

Selon Schäfer-Keller et al. (2010),

Jusqu'en 2003, la non-adhérence était vue comme un problème uniquement lié au patient. Depuis cette année-là, l'OMS et le National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE), ont adopté un nouveau paradigme visant à voir la non-adhérence comme un système complexe comprenant différents facteurs, notamment, les facteurs individuels, socio-économiques, liés à la pathologie, à la thérapie et au système de santé [Traduction libre] (p. 283).

Plusieurs facteurs ont été répertoriés concernant la non-adhérence dans le contexte des maladies chroniques, mais peu sont connus au sujet de la douleur chronique. Trois approches s'imbriquant les unes dans les autres se sont montrées les plus adaptées en vue d'aborder la non-adhérence. Parmi celles-ci, figurent les connaissances qu'a le patient sur sa thérapie, une approche comportementale et le système de santé (Cottin et al., 2012). « Différents facteurs sont à prendre en compte comme les ressources, les attitudes, les croyances, la motivation, les perceptions et les attentes du patient » [Traduction libre] (Markotic et al., 2013, p.248).

En parlant de non-adhérence médicamenteuse, « une distinction doit être faite entre les comportements de sous-utilisation et de sur-utilisation » [Traduction libre] (Broekmans et al., 2010 p. 1409). A ce titre, Broekmans et al. (2009) indiquent que la sous-médication intervient plus souvent que la sur-utilisation, à des taux respectivement de 29.9% et 13.7%, ce qui prouve qu'il s'agit d'un problème de grande importance. (p. 120). Par ailleurs, ces deux types de non-adhérence peuvent également être subdivisés en termes de non-adhérence non intentionnelle et intentionnelle. De ce fait, la non-adhérence intentionnelle est influencée par les



croyances et les perceptions de la maladie ainsi que par le traitement, tandis que la non-adhérence non-intentionnelle est reliée aux limitations et aux ressources du patient (Dias Barbosa, 2014). Ainsi, Broekmans et al. (2010), ont mis l'adhérence non-intentionnelle en lien avec le fait d'oublier de prendre sa médication et la négligence. Ils ont également attribué le comportement d'adhérence intentionnelle au fait de prendre moins de médication ou d'en arrêter la prise lorsque la personne se sent mieux ou au plus mal. Les conséquences de la non-adhérence sont connues. « Elles sont associées à une augmentation de la morbidité, de la mortalité, des coûts et à une négligence des aspects thérapeutiques » [Traduction libre] (Vrijens et al. 2012, p.691). De plus, la non-adhérence induit des complications de la maladie sur les plans médicaux et psychosociaux, réduit la qualité de vie et gaspille les ressources du système de santé. A plus grande échelle, l'OMS indique que les conséquences précitées et combinées contribuent à la détérioration de la capacité des systèmes de santé à travers le monde à atteindre des objectifs de santé pour la population (Sabaté, 2003). Pour éviter ces conséquences néfastes, il est nécessaire que le patient soit adhérent au traitement. D'autre part, la non-adhérence médicamenteuse dans le cas de la douleur chronique semble avoir des conséquences moindres pour le patient, d'où le manque d'investigation de la part des chercheurs, ce qui fait que les informations concernant la prévalence, les déterminants ou encore les interventions visant à favoriser l'adhérence dans ce contexte sont relativement méconnues. (Timmerman et al., 2014). Cependant, une augmentation de la recherche sur l'adhérence a été observée dans la décennie, ceci est dû en partie à l'augmentation de la prise de conscience de l'ampleur du problème ainsi qu'à l'omniprésence de la non-adhérence dans tous les champs thérapeutiques (Vrijens et al., 2012).

Après avoir relaté les comportements négatifs en rapport avec la médication prescrite, il convient de savoir en quoi consiste réellement l'adhérence de manière à mieux l'appréhender.

### **L'adhérence**

Tout d'abord, il est possible de situer différentes étapes sur une ligne du temps en vue de retracer le chemin de l'adhérence. Premièrement, il faut remonter à Hippocrate, entre 460 et 370 avant JC, qui fut le premier à attirer l'attention sur le fait que tous les médicaments prescrits ne sont pas pris par les patients. Il s'agit des prémices de la non-adhérence. Le terme « compliance » est introduit dans la médecine en 1976 et a une consonance négative ayant trait à l'obéissance au médecin. Tandis que l'année 1993 marque le passage au terme d' « adhérence » pour favoriser plutôt une coopération avec le médecin. A ce moment-là, le passage de « compliance » à « adhérence » reflète un changement fondamental dans la compréhension des relations entre patients et soignants. Par la suite, une confusion s'installe dans la tentative de définition de l'adhérence (Vriens et al., 2012). Par ailleurs, il existe d'autres modèles en plus des deux cités précédemment, comme le modèle de Bronfenbrenner, de Leventhal ou encore le modèle sociocognitif, en vue de déterminer les facteurs influençant l'adhérence. Tous ces modèles prennent en compte les facteurs environnementaux et inter-reliés au patient, mais ne constituent pas des approches complètes permettant de traiter simultanément les 5 catégories de facteurs de l'adhérence, comme le fait le modèle de l'OMS (Broekmans et al., 2010).

Selon l'OMS (2003), l'adhérence est définie comme suit : « il s'agit de la mesure dans laquelle le patient suit les instructions médicales » [Traduction libre] (p.3). Dans cette définition, le terme « instructions » définit que le patient n'est pas acteur, mais

que ses actions découlent du professionnel. Cette définition implique tous les comportements, comme l'obtention des soins, la prise appropriée de médicaments, les vaccinations, l'hygiène personnelle, l'autogestion de sa maladie, etc. Un partenariat entre le patient et le soignant est un déterminant incontournable à l'adhérence. Dans un second temps, l'OMS a adopté une autre définition de l'adhérence élargie aux cas de chronicité. Ainsi, l'adhérence devient la mesure dans laquelle les comportements de la personne – prise de traitement, régime alimentaire et/ou changement d'habitudes de vie- correspondent aux recommandations d'un soignant (OMS, 2003). A ce titre, ce concept met en avant l'autonomie du patient et la décision partagée (Sandman et al., 2012). « Une personne est considérée comme adhérente si elle suit la prescription médicale au minimum à 80% » [Traduction libre] (Markotic et al., 2013 p. 247).

En outre, « la plupart des termes utilisés actuellement ne disposent pas d'une traduction claire et directe dans les différentes langues européennes » [Traduction libre] (Vrijens et al., 2012, p.692). A titre d'exemple, la différence entre l'adhérence et la compliance n'est pas claire. Aujourd'hui, cette dernière est définie comme un comportement revenant à suivre la prescription médicale. « Ce terme démontre une infériorité du patient, c'est pourquoi il est peu utilisé dans la pratique et remplacé par le terme d'adhérence » [Traduction libre] (Kipping et al., 2014, p. 82). Selon Cottin et al. (2010), « l'adhérence correspond au degré d'acceptation du patient vis- à- vis de sa thérapeutique. De plus, le caractère dynamique, variable dans le temps et dans la forme de l'observance apparaît » (p. 293). Par ailleurs, la relation avec le médecin est aussi un facteur ayant un fort impact. Le but du professionnel de la santé est de rendre le patient autonome afin de le rendre adhérent. Pour ce faire, il est nécessaire que ce dernier s'implique dans les décisions et soit écouté. Ce concept est la décision partagée (Sandman et al., 2012). Selon Berben et De Geest (2012),

Trois phases de l'adhérence ont été identifiées. Il y a tout d'abord l'initiation qui correspond à la première prise. La seconde est l'exécution qui est la durée durant laquelle le patient prend son traitement. Et finalement, l'interruption qui est soit la fin du traitement ou l'arrêt volontaire. L'intervalle entre la phase d'initiation et d'interruption est appelée la persistance. Elle correspond à l'adhérence tout comme la phase d'exécution. [Traduction libre] (p. 32).

De plus, un nouveau concept a été introduit pour mesurer ces trois phases. Il s'agit du « pharmionics » qui est la science de l'adhérence au traitement. [Traduction libre] (Kipping et al., 2014).

### **Question de recherche**

La question de recherche est la suivante : « quels sont les facteurs qui influencent l'adhérence médicamenteuse dans la douleur chronique non maligne au sein de la population adulte? ».

### **Pertinence du sujet**

La non-adhérence fait référence à une situation défavorable. Pour trouver une solution, il est nécessaire de connaître le patient, de l'écouter et d'individualiser sa prise en charge afin d'améliorer l'adhérence (Dias Barbosa, C., 2014). La relation entre le patient et le soignant est primordiale. Les problèmes liés à l'adhérence thérapeutique sont rencontrés chaque jour dans la pratique infirmière. C'est pourquoi celle-ci doit permettre la mise en évidence des différents facteurs qui influencent l'adhérence, leur identification auprès des patients concernés ainsi que l'accompagnement de ces derniers dans le suivi de leur thérapie (Berben et al., 2012). A ce titre, « l'OMS indique que la relation entre le patient et le professionnel de santé (il peut s'agir d'un médecin, d'une infirmière ou d'un autre praticien de santé) doit être un partenariat s'appuyant sur les capacités de chacun » [Traduction libre] (Sabaté, 2003, p. 3). Cependant, « un manque de formation persiste, car les équipes de soins

n'apportent pas une aide suffisante aux patients » (Cottin et al., 2012 p. 292). Dans le cadre des soins infirmiers, il est nécessaire de différencier les deux types de non-adhérences existants afin de leur adresser des interventions efficaces. En ce qui concerne la non-adhérence intentionnelle, la compréhension de la globalité du patient, de son expérience, de ses priorités et de ses préférences sont nécessaires pour une adhésion au traitement. D'autre part, la non-adhérence non intentionnelle, quant à elle, nécessite un enseignement dans le but de simplifier le traitement ou un apport d'informations (Dias Barbosa, 2014). L'adhérence médicamenteuse comprend la notion d'accord partagée entre le patient et le soignant. Ce travail contribue donc à explorer le concept de non adhérence tout en améliorant la relation infirmière-patient. Ceci passe par la mise en évidence d'éléments concrets à prendre en compte lors de la distribution des médicaments à un patient souffrant de douleur chronique. Ce travail tente de répertorier le phénomène de l'adhérence au traitement en indiquant que la prise des médicaments ne va pas forcément de soi dans le cadre de la douleur chronique et que les combinaisons efficaces permettant de soulager la douleur demeurent inconnues.

## ***Cadre de référence***

Afin de relever les facteurs de risque de la non-adhérence, un modèle récent adapté au contexte de la douleur chronique non maligne a été choisi. Ainsi, l'OMS considère l'adhérence comme un phénomène multidimensionnel déterminé par l'interaction de 5 facteurs à la fois distincts et inter-reliés, dénommés « dimensions ». Ce modèle évalue simultanément les facteurs individuels ou liés au patient, socio-économiques, liés à la thérapie, à la maladie, au système de santé. La croyance commune prétendant que seuls les patients sont responsables de la prise de leur traitement est dépassée, car elle reflète une incompréhension de la manière dont les autres facteurs affectent le comportement des patients et leur capacité à adhérer à leur traitement [traduction libre] (Sabaté, 2003).

Tout d'abord, les facteurs individuels désignent les ressources, les connaissances, les représentations, les croyances, la motivation à gérer la maladie, les habitudes de vie et les attentes du patient. D'autre part, les facteurs socio-économiques impliquent l'ethnie, l'âge, les bas revenus, le faible soutien social, le faible niveau d'éducation et la situation professionnelle. Les facteurs liés à la thérapie sont, quant à eux, le traitement complexe, la longue durée, le changement de traitement, le manque d'options thérapeutiques et les effets secondaires. En outre, les facteurs se rapportant à la maladie font référence à la perception subjective et accablante de la gravité de la maladie et des symptômes, aux limitations physiques, psychiques, sociales et professionnelles, à l'avancée de la maladie, aux comorbidités, ainsi qu'au déficit d'options thérapeutiques. Finalement, le système de santé influe sur l'adhérence au-travers du manque de partenariat, de relations de confiance entre le

personnel et le patient, du manque de connaissances sur les facteurs de non adhérence et des coûts du traitement [traduction libre] (Broekmans & al., 2010 ; Schäfer-Keller & al., 2010).

Ce modèle permettra de relever des points importants pour l'amélioration de la compréhension des facteurs de non adhérence que l'infirmière devra prendre en compte dans la relation avec le patient adulte souffrant de douleur chronique non maligne.

## ***Méthode***

### **Revue de littérature :**

Il s'agit d'une revue de littérature étoffée qui a pour but d'explorer l'existence et la mise en évidence de facteurs influençant l'adhérence médicamenteuse chez des adultes vivant avec une douleur chronique. Le choix d'une revue de littérature étoffée est imposé dans le cadre des études de bachelor en sciences infirmières.

Ainsi, Fortin (2010) définit la revue de littérature comme :

Une approche permettant de collecter et d'analyser systématiquement les recherches disponibles sur un sujet. Ces recensions contribuent à mettre en évidence la pratique fondée sur les données probantes, puisqu'elles résument les nombreuses études et les différents résultats d'une manière objective. (p.263)

### **Les étapes de la revue :**

Cette revue de littérature étoffée est composée d'articles issus de différentes banques de données. Dans le but de répondre à la question de recherche et de trouver des articles conformes à celle-ci, des mots-clés (Mots MESH) ont été déterminés. Des critères d'inclusion et d'exclusion se sont ajoutés afin de délimiter notre recherche. Par conséquent, huit articles répondant à ces exigences ont pu être obtenus. Ces articles ont été analysés à l'aide de différentes grilles se trouvant en annexe qui ont permis, par la suite, de regrouper les résultats en différentes catégories.

### ***Mots-clés ou mots MESH***

Différents mots-clés et mots MESH ont été retenus.



## Les mots-clés :

- Douleur chronique
- Douleur chronique non-maligne
- Adhérence thérapeutique
- Traitement pharmacologique
- Facteurs d'adhérence

## Les MESH-terms :

- Chronic pain
- Non-malignant chronic pain
- Medication adherence
- Pharmacological treatment

**Critères d'inclusion et d'exclusion**

Différents critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés afin de cibler au mieux les articles devant être analysés par la suite.

## Les critères d'inclusion :

- La date de parution dès l'année 2005.
- Les articles en français, anglais ou allemand.
- Les articles traitant de l'adhérence au traitement pharmacologique et de la douleur chronique non-maligne.
- Les adultes dès 18 ans.

## Les critères d'exclusion:

- Les articles traitant des maladies chroniques.
- Articles dont le traitement est uniquement basé sur les opioïdes.

**Stratégies de recherche :**

Les recherches ont été effectuées dans la banque de données de PubMed, et dans différentes revues spécialisées telles que l'*European journal of pain* ou le *Pain Management Nursing*, à l'aide des mots-clés cités auparavant.

Les stratégies de recherche sont décrites dans le tableau qui suit. Une fois sélectionnés, les huit articles ont été analysés.

Banque de donnée		PubMed	
Mots clés/ Mots MESH	Nombre de résultats obtenus	Articles retenus sur le titre	Articles déjà sélectionnés
Chronic pain:			
[chronic pain] And [treatment adherence]	599 articles obtenus	7 retenus	4
Les articles sélectionnés depuis ces recherches: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concerns about medication and medication adherence in patients with chronic pain recruited from general practice</li> <li>- Determinants of medication underuse and medication overuse in patients with chronic non-malignant pain: A multicenter study</li> <li>- Adherence to pharmacological treatment of non-malignant chronic pain: The role of illness perceptions and medication beliefs</li> </ul>			
[chronic pain ] And [adherence]	657 articles obtenus	4 retenus	4
[pain treatment] And [adherence factors]	507 articles obtenus	3 retenus	3
[chronic pain] And [medication adherence]	173 articles obtenus	8 retenus	8
[chronic pain] And [pharmacological treatment adherence]	251 articles obtenus	5 retenus	5
[chronic pain] And [pharmacological treatment] And [adherence factors]	79 articles obtenus	3 retenus	3
[chronic pain] And [medication adherence factors]	57 articles obtenus	2 retenus	2
[chronic pain] And [treatment adherence factors]	178 articles obtenus	2 retenus	2

[Non-malignant chronic pain] And [treatment adherence]	9 articles obtenus	3 retenus	3
Non-malignant chronic pain :			
[non-malignant chronic pain] And [adherence]	9 articles obtenus	3 retenus	3
[non-malignant chronic pain] And [treatment adherence]	9 articles obtenus	3 retenus	3
[non-malignant chronic pain] And [medication adherence]	4 articles obtenus	2 retenus	2
[Non-malignant chronic pain] And [Pharmacological treatment] And [adherence]	8 article obtenus	3 retenus	3
[non-malignant chronic pain] And [pharmacological treatment adherence]	8 articles obtenus	3 retenus	3
[non-malignant chronic pain] And [pharmacological treatment] And [adherence factors]	2 articles obtenus	1 retenu	1
[non-malignant chronic pain] And [treatment adherence factors]	2 articles obtenus	1 retenu	1
[non-malignant chronic pain] And [medication adherence factors]	1 articles obtenus	1 retenu	1

Journal	European journal of pain
Mots clés	[medication adherence] And [chronic pain non-malignant]
Nombre de résultats obtenus	22 Résultats
Articles sélectionnés sur le titre	1 article retenu : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medication adherence in patients with chronic non-malignant pain: Is there a problem?</li> </ul>
Cité par	3 articles retenus : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adherence to Pharmacological Treatment of Chronic Nonmalignant Pain in Individuals Aged 65 and Older.</li> <li>- Medication compliance in patient with chronic pain</li> <li>- Adherence to Pharmacological Pain Therapy in Patients with NonMalignant pain: The Role of Patients' Knowledge of Pain Medication.</li> </ul>

Journal	Pain Management Nursing
Mots clés	[Medication adherence] And [chronic pain]
Nombre de résultats obtenus	63 résultats
Articles sélectionnés sur le titre	1 article retenu : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multicultural Influences on Pain Medication Attitudes and Beliefs in Patients with Nonmalignant Chronic Pain Syndromes.</li> </ul>

## **Résultats**

Ce chapitre traite des résultats obtenus grâce à l'analyse des articles de l'étude. Un descriptif des études analysées dans ce travail de recherche est présenté de manière à situer la population cible, les approches méthodologiques, les pays ainsi que les dates de publication des articles sélectionnés. Ensuite, la catégorisation des données apporte des informations en ce qui concerne la méthode de classement des données recueillies. Puis, les résultats sont transmis selon la démarche de classification évoquée qui permet de répondre à la question de recherche, en mettant en évidence les différents facteurs de la non-adhérence ainsi que leur contenu.

### **Descriptif des études**

Ce chapitre illustre le descriptif des études analysées en fonction de la problématique.

Huit articles ont été retenus. Ceux-ci comprennent une revue de littérature, six articles de recherche quantitative et un article qualitatif. Une population variée d'environ 4474 patients, âgés de 18 ans et plus (3 articles n'ayant pas mentionné l'âge de leurs participants (Nicklas et al., 2010 ; Broekmans et al., 2012 ; Broekmans et al., 2009), souffrant de douleurs chroniques non malignes localisées dans différentes régions du corps, est identifiée au travers des articles. Ces derniers relatent différents contextes de soins allant des centres ambulatoires aux centres ou cliniques de la douleur, en passant par les consultations médicales et les centres de rhumatologie. Parmi la population étudiée, les participants ont, pour la plupart, un

traitement médicamenteux prescrit contre la douleur chronique mais sans nécessairement y être adhérent. Plusieurs échelles sont utilisées dans les articles afin de déterminer dans quelle mesure différents éléments sont en lien ou non avec l'adhérence, à savoir : le niveau d'intensité de la douleur, les croyances et la perception envers la médication, le degré d'adhérence, la dépression, les stratégies de coping et les perceptions de la maladie. Toutes ces échelles figurent en annexe. Les études sélectionnées proviennent majoritairement d'Europe, entre autres, le Royaume-Uni, la Belgique, la Bosnie-Herzégovine, l'Allemagne, les Pays-Bas, la France et la Norvège. Elles proviennent également du Canada et des Etats-Unis. Les dates de publication se situent entre 2007 et 2014. Les données récoltées ont tout d'abord fait l'objet d'un examen minutieux, en vue de déterminer l'appartenance de chaque donnée à un des 5 facteurs de la non-adhérence issus du cadre de référence de l'OMS et de les classer.

## **Présentation des résultats**

### **Pourcentage d'adhérence et de non-adhérence**

#### **Adhérence**

Concernant les pourcentages d'adhérence mesurés par l'échelle de Morinsky dans l'étude de Markotic et al. (2013), 16% des patients ont un haut niveau d'adhérence, 43% des patients ont un niveau d'adhérence moyen et 41% un niveau d'adhérence faible. La moyenne d'âge de ces patients adhérents se situe à  $72 \pm 5.6$  ans et les patients non-adhérents sont âgés en moyenne de  $73 \pm 5.8$  ans. En outre, des taux d'adhérence générale de 42, 42 et 46% respectivement à T0, T1 et T2 ont été comptabilisés dans l'étude de Timmermann et al. (2013), sans différence significative entre les différents aspects d'adhérence (dose, médicament, fréquence de prise).

### **Non-adhérence :**

Le taux moyen de non-adhérence générale, relevé dans l'étude de Broekmans et al. (2012) (n= 239) est de 38%. Dans ce contexte, la non-adhérence de sous-utilisation fait référence à une prise de moins de médicaments chez près de 48% et/ou au moins quelques fois des oublis de doses prescrites chez 52% des participants. La sur-utilisation médicamenteuse, quant à elle, se rapporte à 24% des patients qui disent prendre plus de médicaments que prescrits ou à 31% qui prennent au moins quelques fois des doses supplémentaires. A ce propos, l'étude de Broekmans et al. (2010) (n=265) comprend 38% d'adhérents, 40% de sous-utilisateurs de médicaments prescrits, 14% de sur-utilisateurs et 8% de patients mixtes. Ainsi, il est précisé que la sous-utilisation est plus fréquente que la sur-utilisation au sein de leur échantillon. D'autre part, dans l'étude de Nicklas et al. (2010) (n=217) qui a utilisé l'échelle du Medication Adherence Report Scale (MARS) pour évaluer le degré d'adhérence aux médicaments prescrits, 19% des participants oublient de prendre leurs médicaments, 34% alternent la dose, 21% interrompent la prise de médicaments, 26% décident de manquer une dose, 24% disent prendre moins de médicaments et 26% en prennent plus qu'il leur a été recommandé. Enfin, l'étude transversale de Broekmans et al. (2010) a relevé que l'adhérence non intentionnelle était présente chez 38% des patients et se manifeste par des oublis accidentels de prise de médicaments ou la négligence. Le taux de patients intentionnellement non adhérents s'élève à 63.4%, ce qui revient à interrompre la prise de médication parce que la personne se sent mieux ou moins bien. Par ailleurs, la non-adhérence non-intentionnelle a été identifiée auprès de 9% des participants à l'étude de Markotic et al. (2013), tandis que 10% des participants démontrent une non-adhérence intentionnelle. Quant à la non-adhérence combinée (non-intentionnelle et intentionnelle), elle touche 29% des patients dans cette même étude.

### ***Facteurs de non-adhérence relatifs au patient***

#### ***Les croyances du patient***

Broekmans et al. (2012) ont cherché à identifier les préoccupations pouvant contribuer à une meilleure adhérence au travers d'une étude quantitative de 239 patients. Il en ressort que les préoccupations concernant la médication ont une plus grande influence sur la non-adhérence que le niveau de la douleur ou la fréquence des effets indésirables. Selon l'étude transversale de Markotic et al. (2013) visant à décrire la prévalence de la non-adhérence médicamenteuse chez 100 patients de plus de 65 ans souffrant de douleur chronique, différentes croyances sur la douleur et son traitement ont été relevées. Il en ressort que 48% des patients croient que la médication contre la douleur peut facilement induire une dépendance. Pour la majorité des participants (72%), les effets secondaires des analgésiques sont supportables. Dans la revue de littérature de Broekmans et al. (2009) qui a pour but de démontrer la prévalence et les conséquences de la non-adhérence thérapeutique, il a été établi que les perceptions et les attitudes à l'égard de la douleur sont importantes dans l'adhérence au traitement. Ainsi, la majorité des patients (59%) interprète la présence de la douleur comme une péjoration de la maladie (Markotic et al., 2013). Pour confirmer ces propos, cette revue stipule que

Les patients minimisent leurs douleurs et disent que leur faible prise de médication est due à un haut seuil de tolérance, ils croient que le fait de combattre la douleur construit leur tolérance, de ce fait, ils prennent leurs médicaments uniquement lorsque celle-ci devient très insupportable (p. 120).

Ensuite, en vue de mesurer les croyances des patients en lien avec les médicaments prescrits contre la douleur, l'échelle Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) en association à l'échelle IPQ-R, démontre que le fait d'associer plus de symptômes à la douleur ( $p < 0.01$ ), les scores des conséquences attribuées à



la douleur ( $p < 0.01$ ) et des émotions qui y sont liées ( $p < 0.01$ ) sont modérément corrélés avec des préoccupations augmentées au sujet de la médication contre la douleur. Cependant, plus il y a de cohérence attribuée à la douleur, plus les craintes à son sujet sont significativement faibles ( $p < 0.01$ ). Par ailleurs, les scores de la durée de la douleur ( $p < 0.01$ ) et des émotions ( $p < 0.01$ ), le fait qu'il y ait plus de conséquences relatives à celle-ci ( $p < 0.01$ ) sont associés de manière modérée à forte avec la nécessité de prendre plus de traitement. Néanmoins, le fait d'avoir un meilleur contrôle personnel de la douleur a été lié à de faibles taux de nécessité de prise de médicaments ( $p > 0.05$ ).

### ***Connaissances du patient***

Timmermann et al. (2013) ont fait une étude observationnelle longitudinale comprenant 96 participants, dans laquelle l'association entre les connaissances et l'adhérence auprès de la population souffrant de douleur chronique non maligne a été analysée dans le cadre de visites médicales visant à évaluer le traitement contre la douleur à T0, T1 (un mois plus tard) et T2 (trois mois plus tard). Les connaissances générales de la thérapie pharmacologique de la douleur sont mesurées au moyen de la version néerlandaise du Pain Knowledge Questionnaire (PKQ-DLV) qui à l'origine, permet de tester les connaissances des patients atteints de cancer. Cependant, il est adaptable aux connaissances basiques de la pratique infirmière (Library of the University of Amsterdam, 2001). Deux types de connaissances contribuent significativement à la prédiction de l'adhérence. Tout d'abord, les connaissances globales de la prescription ( $p = 0.01$ ) incluant le nom, la dose et la fréquence de prise du médicament concerne 50% des patients qui démontrent des connaissances sans différence à ce sujet entre T0, T1 et T2. D'autre part, les connaissances générales de la thérapie pharmacologique de la douleur ( $p = 0.05$ ) comme les effets secondaires et

le but de la prescription, font référence à une diminution du niveau de connaissances entre T0 et T2, car les patients pensent qu'il est important de prendre la dose la plus faible possible et de réserver les doses les plus élevées pour les douleurs les plus sévères, ce que confirment Monsivais et al. (2007) dans leurs interviews qualitatives auprès de trois femmes Mexicaines Américaines.

### ***Comportements du patient***

Broekmans et al. (2010) ont examiné les déterminants de la non-adhérence de sous-utilisation et de sur-utilisation chez 265 patients souffrant de douleur chronique non maligne dans une étude transversale, en se basant sur les 5 catégories de non-adhérence de l'OMS. L'échantillon incluait 101 patients adhérents qui étaient comparés aux 107 sous-utilisateurs, aux 36 sur-utilisateurs et aux 21 mixtes (sous et sur-utilisateurs). Les patients étaient accueillis dans 3 centres ambulatoires multidisciplinaires de la douleur en Belgique. L'échelle Vanderbilt Pain Management Index (VPMI) a été utilisée pour mesurer la fréquence d'utilisation des stratégies de coping ou d'adaptation auprès des patients atteints de douleurs modérées ou élevées. Ainsi, il a été relevé que les patients sous-utilisant leur médication ont fréquemment recours à l'automédication ( $p=0.001$ ) par rapport aux adhérents, contrairement aux patients mixtes ( $p=0.096$ ). Les sous-utilisateurs mettent en place davantage de stratégies d'adaptation actives ( $p=0.013$ ) telles qu'essayer de fonctionner malgré la douleur ou la contrôler. Par contre, les sur-utilisateurs ont reporté d'avantage d'habitudes de tabagisme ( $p=0.025$ ) ou stratégies d'adaptation passives par rapport aux patients adhérents (Broekmans et al., 2010). L'étude prospective de cohorte de Berndt et al. (1993) issue de la revue de littérature de Broekmans (2009), considère les patients comme adhérents lorsqu'ils prennent leurs médicaments exactement tels que prescrits par le médecin. Ceci est démontré par la

congruence entre le témoignage des patients concernant l'absence de prise additionnelle de médicaments et les résultats des tests d'urine. L'histoire des abus de médicaments est un déterminant prédisant significativement la non-adhérence, qu'il s'agisse de la sur ou sous-utilisation. Dans l'étude de Markotic et al. (2013), le comportement de sous-utilisation ou de sur-utilisation médicamenteuse ainsi que d'autres comportements de non-adhérence tels que le fait de donner des analgésiques à d'autres personnes ( $p=0.007$ ), signifient ne pas prendre ses analgésiques exactement tels que le médecin les a prescrits.

### ***Facteurs socio-économiques de non-adhérence***

#### ***L'âge***

L'étude transversale de Nicklas et al. (2010) inclut 217 patients et investigate le rôle des perceptions de la maladie ainsi que les croyances envers la médication par rapport à l'adhérence médicamenteuse. A ce propos, différentes échelles sont utilisées. Il en ressort que les participants plus âgés sont plus adhérents à leur traitement contre la douleur que les plus jeunes ( $p<0.01$ ), tout comme pour les études prospectives de cohorte de Berndt et al., (1993) ; Ives et al., (2006) ; Viller et al., (2000) issues de la revue de littérature de Broekmans et al. (2009), pour qui le jeune âge constitue un déterminant de la non-adhérence, indépendamment du fait qu'il s'agisse de la sous ou de la sur-utilisation. Néanmoins, l'adhérence n'est pas influencée par l'âge dans deux études ( $p=0.08$ ) et ( $p=0.55$ ) (Timmermann et al., 2013 ; Markotic et al., 2013).

#### ***Facteurs socio-démographiques***

Différents critères démographiques des participants aux études sont liés à l'adhérence médicamenteuse dans la littérature. Ceux-ci incluent le pays de

résidence, le genre, l'éducation, l'état civil, le nombre d'enfants, le nombre de personnes par ménage, le revenu personnel ainsi que celui du ménage. Tout d'abord, l'étude prospective de cohorte de Viller et al. (2000) ayant recours à une mesure auto-reportée de l'adhérence, décrit que le pays de résidence constitue un déterminant significatif de la non-adhérence, qu'il s'agisse de sous ou de sur-utilisation. De ce fait, les Hollandais sont cités comme moins adhérents par rapport aux Norvégiens ou aux Français (Broekmans et al., 2009). Ensuite, le genre ne révèle pas de différence significative entre les patients adhérents et non adhérents ( $p=0.49$ ) et ( $p>0.05$ ) (Markotic et al., 2013 ; Nicklas et al., 2010), alors que l'étude de Viller et al. (2000) démontre que les femmes sont plus adhérentes que les hommes, indépendamment du fait que la sous-utilisation ou la sur-utilisation entre en jeu. En outre, plusieurs études perçoivent l'éducation comme un vecteur d'adhérence ou de non adhérence. Dans cette optique, les participants ayant un plus haut niveau d'éducation sont plus adhérents ( $p<0.05$ ) (Nicklas et al., 2010), par contre, aucune corrélation entre le niveau d'éducation et l'adhérence n'a été révélée dans les études prospectives de cohorte de Packar et O'Connell, (1986) ainsi que dans celle de Viller et al., (2000). De plus, il n'y a pas de différence significative entre les groupes de non-adhérents et d'adhérents en ce qui concerne l'état civil ( $p=0.25$ ), le nombre d'enfants ( $p=0.89$ ), le nombre de personnes par ménage ( $p=0.75$ ), le revenu personnel ( $p=0.60$ ) et celui du ménage ( $p=0.40$ ) (Markotic et al., 2013).

### ***Prestations compensatoires et assurances***

Kipping et al. (2014) identifient les médicaments non pris ou pris en trop selon les différentes prescriptions médicales, afin de donner des valeurs prédisant la non-adhérence dans leur étude transversale comprenant 243 patients. Ces derniers ont répondu à un questionnaire traitant du type de douleur ou de l'utilisation de

psychotropes en indiquant la substance, la dose et la dernière date de prise. Puis, des tests urinaires ont été effectués afin de contrôler la présence des substances et des doses reportées par les patients. Dans cette étude, le terme « compliance » est employé comme synonyme du terme « adhérence », c'est-à-dire sans intention de jugement à l'égard des patients. Ainsi, le fait pour eux de bénéficier d'assurances de compensation ne constitue pas un facteur influençant la non-adhérence, de même que pour les sur-utilisateurs bénéficiant d'un arrêt maladie ou d'une compensation pour invalidité ( $p=0.917$ ) (Broekmans et al., 2010).

### ***Les facteurs de non-adhérence relatifs à la pathologie***

#### ***L'intensité et la durée de la douleur***

L'Echelle d'Evaluation Numérique (EVA) mesurant l'intensité de la douleur utilisée dans le cadre de l'étude prospective de cohorte de Berndt et al. (1993) issue de la littérature de Broekmans et al. (2009), a démontré que l'intensité et la durée de la douleur sont des déterminants de la non-adhérence. Tout d'abord, les plus faibles taux d'évaluation de la douleur ont été corrélés à la sous-utilisation de médication prescrite (Broekmans et al., 2010), ce qui démontre que plus la douleur est faible, moins les patients sont adhérents (Nicklas et al., 2010). Quant à la durée de la douleur chronique, au-delà de quarante mois, elle constitue un facteur de risque de la non-adhérence (OR= 1.66 ; IC 1.00 - 2.79) (Kipping et al., 2014). Par contre, la durée de la douleur chronique ( $p=0.07$ ) n'influence pas la prise des médicaments tels que prescrits et ne prédit pas significativement la non-adhérence dans l'échelle de Morisky ( $p=0.15$ ) (Markotic et al., 2013).

### ***Diagnostic***

Selon une étude transversale et trois études prospectives de cohorte, la détresse psychologique élevée et certains diagnostics, sans préciser lesquels, sont corrélés à la sous-utilisation médicamenteuse prescrite (Dobkin et al., 2006 ; Sewitch et al., 2004 ; Deyo et al., 1981 ; McCracken et al., 2006). De même, dans l'étude de Kipping et al. (2014), le fait d'avoir un score élevé à l'échelle de dépression ADS, à savoir la présence de symptômes de dépression sans être diagnostiqué dépressif, constitue un facteur de risque de non-adhérence ( $p < 0.001$ ) (OR=2.12 ; IC 1.18 - 3.80). L'anxiété a été mesurée au moyen de l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) dans l'étude transversale de Broekmans et al. (2010), ce qui a révélé que le niveau d'anxiété n'a pas été significativement corrélé à la sous-utilisation ( $p = 0.311$ ) ni à la sur-utilisation de médicaments antalgiques ( $p = 0.101$ ). Bien que des diagnostics ayant causé la douleur chronique tels que la douleur spinale ont été reportés, aucune association n'a pu être établie entre les diagnostics variés causant la douleur chronique et l'adhérence (Markotic et al., 2013).

### ***Perceptions de la douleur***

L'étude transversale de Nicklas et al. (2010) examine les perceptions en lien avec l'adhérence à l'aide de l'échelle IPQ-R qui évalue les 5 dimensions issues des modèles de maladie chronique. Ainsi en ce qui concerne la durée de la douleur estimée par le patient, plus la douleur dure de manière cyclique dans le temps ( $p < 0.05$ ) et plus il y a de contrôle perçu de la douleur ( $p < 0.05$ ), plus le niveau d'adhérence est faible, pour 55% des participants, tandis que plus la douleur dure de manière chronique ( $p < 0.05$ ), plus le niveau d'adhérence est élevé, ce qui est le cas pour 84% des patients.

Toutefois, les conséquences ou les effets attendus de la douleur ( $p>0.05$ ), les symptômes y associés ( $p>0.05$ ), la manière dont elle peut être gérée ( $p>0.05$ ) et les émotions ( $p>0.05$ ) n'ont pas été associés significativement à l'adhérence selon l'échelle IPQ-R.

### ***Les facteurs de non-adhérence relatifs au traitement***

#### ***Type de traitement***

**Prescriptions médicales.** Une différence entre l'adhérence au traitement médicamenteux contre la douleur et celle aux autres médications prescrites a été relevée dans l'étude qualitative de Sale et al. (2006) issue de la revue de littérature **de Broekmans et al. (2009), visant à définir le concept de non-adhérence.** Les patients sont moins adhérents à la médication contre la douleur, celle-ci étant souvent prise en dose plus faible que prescrite. Des raisons comme l'aversion de la prise de comprimés en général, le soulagement insuffisant de la douleur ou la peur de l'addiction aux médicaments sont à l'origine de ce phénomène. Par ailleurs, les patients pensent qu'altérer les doses signifie prendre trop plutôt que trop peu de médicaments. Ainsi, les patients ne perçoivent pas la sous-utilisation comme un comportement mal-adaptatif de non-adhérence. Un nombre plus élevé d'analgésiques a été prescrit pour les sous-utilisateurs ( $p=0.002$ ), les sur-utilisateurs ( $p=0.036$ ) et les mixtes ( $p=0.024$ ) par rapport aux adhérents. De plus, la polymédication est identifiée comme un déterminant significatif de la non-adhérence, qu'il s'agisse de sur ou de sous-utilisation (Berndt et al., 1993). Cependant, les sous-utilisateurs ne disposent pas de plus de prescriptions non opioïdes ( $p=0.153$ ), ni de plus de prescriptions d'analgésiques atypiques ( $p=0.624$ ) ni d'un nombre plus élevé de dosages quotidiens par rapport aux adhérents, tout comme les sur-utilisateurs. Cependant, les patients mixtes ont plus souvent des prescriptions de non-opioïdes

( $P=0.031$ ) et ne disposent pas d'un nombre plus élevé de dosages quotidiens que les adhérents. Les sous-utilisateurs ne présentent pas significativement plus d'effets secondaires que les adhérents ( $p=0.158$ ) (Broekmans et al., 2010).

**Les types d'analgésiques.** D'après l'étude transversale de Markotic et al. (2013), les patients souffrant de douleur chronique non maligne prennent différents types d'analgésiques prescrits ( $1.8 \pm 1.08$ ), notamment : les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou analgésiques non-opioïdes (ex : diclofénac, acétaminophène, ibuprofène), les analgésiques opioïdes (tramadol), les analgésiques atypiques (corticostéroïdes, ketoprofène gel). Kipping et al. (2014) relèvent que les médicaments sous-reportés sont les non-opioïdes (19.4% au centre de la douleur, 12% en ambulatoire), les AINS (9.5% au centre de la douleur, 8% en ambulatoire), les autres non opioïdes (11.5% au centre de la douleur, 6% en ambulatoire), les psychotropes (7% au centre de la douleur, 8% en ambulatoire). Dans ce contexte, la plus haute proportion de sous-utilisation médicamenteuse concerne principalement les analgésiques non-opioïdes (AINS : 29% au centre de la douleur et 25% en ambulatoire) et les autres non-opioïdes (42% au centre de la douleur et 32% en ambulatoire). Quant à la sur-utilisation médicamenteuse, elle comprend les co-analgésiques (4.1%) et les opioïdes (4.1%). La prise auto-reportée des opioïdes constitue un facteur de risque de la non-adhérence (OR=1.7, IC 1.01 ; 2.86). Le fait de ne pas prendre les médicaments tels que prescrits par le médecin a été associé avec le nombre d'analgésiques pris par les patients ( $p=0.001$ ) et avec l'échelle de Morisky ( $p=0.01$ ).

**Les médecines alternatives.** Une partie des participants à l'étude de Markotic et al. (2013) (38%) ont eu recours aux médecines alternatives comme les herbes variées et les produits « naturels » pour le traitement de la douleur. Il convient d'ajouter que



la médecine alternative est corrélée de manière significative avec le niveau de non-adhérence sur l'échelle Morisky ( $p=0.01$ ).

### ***Croyances en lien avec la médication***

Les croyances au sujet des risques liés aux médicaments ainsi que les bénéfices ont été analysés dans une étude de Berry, Bradlow et Berselline (2004) comprenant 81 patients souffrant d'arthrose et d'autres maladies musculo-squelettiques impliquant une ou plusieurs régions du corps, au sein d'une clinique de rhumatologie, durant 3 mois. Les résultats ont relevé que si les bénéfices perçus étaient élevés, les patients accepteraient de risquer les effets secondaires en prenant leurs médicaments. Ceci est illustré par l'étude de Donovan et Blake (1992) visant à explorer les comportements de prise des médicaments auprès de 54 participants souffrant d'arthropathies, qui indique que ces derniers ont « testé » leurs médicaments, en réduisant leur dosage ou en arrêtant leur prise lorsqu'aucun bénéfice n'était perçu. Il en ressort que les patients, souvent, ignorent la durée requise pour que la médication soit efficiente, mais ils se créent une idée du délai d'attente nécessaire et arrêtent la prise des médicaments lorsque les résultats n'interviennent pas dans le temps attendu. Le BMQ a été utilisé dans l'étude transversale de Nicklas et al. (2010) pour mesurer les croyances des patients concernant la médication. Ainsi, les auteurs ont établi des relations entre les croyances concernant la médication et l'adhérence et ont trouvé que les scores de perception de la nécessité de la médication sont corrélés à l'adhérence de manière significative dans le BMQ ( $p<0.01$ ). Par conséquent, sont plus adhérents ceux qui croient que leur médication est nécessaire. Quant aux scores de préoccupations concernant la médication dans le BMQ, ceux-ci sont significativement corrélés avec l'adhérence ( $p<0.05$ ). Ceci relève que plus les préoccupations sont élevées, moins l'adhérence médicamenteuse

est observée. Par ailleurs, la sous-utilisation de médication prescrite identifiée dans trois études prospectives de cohorte et une étude transversale (Dobkin et al., 2006 ; Sewitch et al., 2004 ; Deyo et al., 1981 ; McCracken et al., 2006) issues de la revue de littérature de Broekmans (2009), est corrélée avec le fait d'avoir moins de préoccupations concernant les effets secondaires et avec le fait d'avoir moins de préoccupations concernant l'interruption de la thérapie (Broekmans et al., 2009). De plus, Neame et Hammond (2005) ont fait un sondage dans le cadre de leur étude transversale concernant les croyances sur la médication et leur influence sur l'adhérence. Ce questionnaire visait à investiguer les croyances influençant l'adhérence auprès de 344 participants souffrant d'arthrose. Les résultats montrent que la non-adhérence est associée avec des préoccupations plus élevées concernant la médication. Pour conclure, deux autres sources critiques telles que The National Guideline Clearinghouse Guideline for the Assessment and Management of Chronic Pain (2005) et des interviews préliminaires (Monsivais, 2004) ont exploré cette question. Ainsi, The National Guideline Clearinghouse Guideline for the Assessment and Management of Chronic Pain (2005) recommande une évaluation des peurs au sujet des médicaments ou des fausses conceptions, car elles peuvent induire, selon ses dires, une faible adhérence. Toutefois, cette recommandation n'est pas significative en l'absence de preuve.

### ***Comportements en lien avec la médication***

Les déviations de la thérapie prescrite de la douleur chronique les plus fréquemment rapportées dans l'étude de Markotic et al. (2013) sont l'auto-ajustement de la dose et de la fréquence en lien avec la gravité de la douleur ainsi que le fait de prendre moins de médicaments que prescrits par le médecin, tandis que la prise des analgésiques tels que prescrits par le médecin a été significativement corrélée avec

l'adhérence dans l'échelle de Morisky ( $p < 0.001$ ). Par ailleurs, une corrélation significative a été établie dans l'étude transversale de McCracken et al. (2006) issue de la revue de littérature de Broekmans et al. (2009), entre les préoccupations concernant l'addiction, l'examen minutieux des médicaments, la tolérance et l'interruption du traitement avec la fréquence de prise des médicaments telles que prescrites.

### **Les facteurs de non-adhérence relatifs au système de santé et aux soignants**

Dans les études de Dobkin et al. (2006), Sewitch et al. (2004), Deyo et al. (1981), McCracken et al. (2006) issues de la revue de littérature de Broekmans et al. (2009), la sous-utilisation médicamenteuse est corrélée significativement avec la mauvaise communication, l'insatisfaction et la méfiance en ce qui concerne le médecin, mais elle est négativement corrélée avec l'interruption de traitement. De plus, la sous-utilisation médicamenteuse est corrélée significativement à une baisse de fréquentation des services de santé (Broekmans et al., 2009 et 2012). En outre, les sous-utilisateurs ne reçoivent pas assez d'informations de la part de leur médecin ( $p=0.003$ ) en comparaison aux adhérents (Broekmans et al., 2010). Par ailleurs, dans les analyses toxicologiques issues de l'étude de Kipping et al. (2014), des valeurs différentes que celles qui ont été reportées ont été trouvées pour 35.6% des participants. Il convient d'indiquer que les valeurs significativement plus élevées figuraient dans le centre de la douleur (43.3%) en comparaison au centre ambulatoire (24%) ( $p=0.05$  entre les deux établissements). Aucune information au sujet de la prise en charge des patients au sein de ces deux centres n'a été mentionnée, mais il est simplement dit qu'une partie des patients étaient traités au centre de la douleur et l'autre au centre ambulatoire. Les substances surévaluées étaient significativement plus élevées chez les patients du centre de la douleur par rapport à ceux du centre ambulatoire (11% contre 2%,  $p<0.05$  pour les deux établissements).

## ***Discussion***

Les résultats décrits précédemment rapportent les facteurs de non-adhérence au traitement de la douleur chronique non maligne. Parmi eux, les facteurs contribuant significativement à la non-adhérence ont été relevés dans les études analysées. Ceux-ci ont été classés dans un tableau en annexe leur assurant une meilleure visibilité afin de montrer ce que les professionnels de la santé et notamment l'infirmière doivent prendre en compte dans le cadre de l'évaluation des facteurs de non-adhérence au traitement thérapeutique. Par la suite, la discussion est centrée sur trois grands thèmes principaux ayant émergé de ce tableau, à savoir, les perceptions, les comportements et le type de traitement, en vue de répondre à la question de recherche. Finalement, les limites de cette revue de littérature étoffée ainsi que les perspectives pour la pratique sont présentées.

### **Organisation des résultats**

Ce chapitre vise à répondre à la question de recherche qui est « quels sont les facteurs qui influencent l'adhérence médicamenteuse dans la douleur chronique non maligne au sein de la population adulte ? ». Pour ce faire, un tableau comprenant les 5 déterminants du cadre de l'OMS, se trouvant en annexe, a été conçu en vue de classer les facteurs prédisant significativement l'adhérence et la non-adhérence médicamenteuse issus des différentes études analysées. Par la suite, les tendances se dégageant de manière majoritaire ont permis d'illustrer les caractéristiques propres à la problématique de cette revue de littérature étoffée.

Ainsi, trois thèmes centraux ont pu être ciblés afin de faire l'objet d'un développement ultérieur.

## ***Perceptions***

### ***La douleur***

Tout d'abord, les croyances ainsi que les perceptions des patients jouent un rôle central dans l'adhérence à la médication prescrite. Ainsi, la non-adhérence est liée à des croyances et à des perceptions en rapport avec la douleur et la médication (Nicklas et al., 2010 ; Markotic et al., 2013). En effet, la douleur est considérée comme un signe de péjoration de la maladie par un certain nombre de patients, car ceux-ci pensent que son augmentation est liée à une progression de la maladie (Markotic et al., 2013). De ce fait, lorsqu'elle apparaît de manière cyclique dans le temps, un niveau d'adhérence plus faible est constaté, alors que quand cette dernière s'inscrit dans une durée chronique, un niveau d'adhérence plus élevé est favorisé (Nicklas et al., 2010). Ceci permet de relever qu'une prise en charge contribuant à une stabilisation de la douleur mène à une meilleure adhérence, tandis que son caractère instable favorise une adhérence plus faible. Dans ce contexte, lorsqu'elle n'est pas assez soulagée, le patient a tendance à ajuster la dose ainsi que la fréquence de prise des médicaments de son propre chef (Markotic et al., 2013). En outre, il convient de préciser qu'au-delà d'une durée de 40 mois, la douleur constitue un facteur de risque de la non-adhérence (Kipping et al., 2014).

### ***La médication***

Différents types d'analgésiques interviennent dans la thérapie de la douleur chronique non maligne et les patients sont ambivalents à leur sujet. Ils prennent leur médication tout en étant soucieux à son sujet (Kipping et al., 2014). A ce titre,

plusieurs comportements mis en évidence ont permis de relever que les craintes élevées concernant la médication favorisent la non-adhérence (Nicklas et al., 2010). A titre d'exemple, le patient arrête de prendre ses médicaments lorsque ses inquiétudes au sujet des effets secondaires sont trop élevées et qu'une absence de bénéfices attribuable au médicament se présente. En outre, des connaissances erronées au sujet du délai d'attente requis pour observer une efficacité du médicament peut mener le patient à en arrêter la prise, si les effets ne se manifestent pas dans le temps attendu (Monsivais et al., 2007). De surcroît, la subjectivité du patient entre également en ligne de compte en ce qui concerne l'évaluation des comportements de non-adhérence. En effet, la sous-utilisation n'est pas considérée comme un comportement de non-adhérence au traitement ni comme une altération de la dose prescrite. Par contre, le fait de sur-utiliser la médication est considéré comme un comportement mal-adaptif à la thérapie contre la douleur (Broekmans et al., 2009). Au vu de ces résultats, l'hypothèse suivante peut être émise, à savoir qu'une meilleure connaissance du mode d'action des médicaments contre la douleur peut contribuer à une meilleure adhérence, afin de ne pas attribuer le temps de latence nécessaire à de l'inefficacité. Ceci est confirmé par le fait que les connaissances du patient au sujet de sa thérapie pharmacologique et de ses prescriptions médicamenteuses en ce qui concerne le nom, la dose et la fréquence de prise constituent des facteurs contribuant à l'adhérence. D'autre part, dans la même étude, il est démontré que les connaissances générales des patients baissent entre T0 et T2 en ce qui concerne les effets secondaires et le but de la prescription, car les patients pensent qu'il faut prendre la dose la plus faible possible durant le traitement et réserver les doses les plus élevées pour les douleurs les plus intenses (Timmerman et al., 2014). Cela fait référence au fait que plus l'intensité de la douleur est faible, moins les patients ont tendance à percevoir la nécessité du traitement et,

dans ce cas, ils le reprennent uniquement quand les douleurs fortes se manifestent. Ainsi, l'hypothèse suivante peut être formulée, à savoir, si le traitement sera efficace dans ces conditions. Par ailleurs, il en va de la responsabilité des professionnels de la santé d'apporter plus d'informations aux patients pour mieux gérer les effets secondaires sans porter préjudice au processus thérapeutique. Ceci s'inscrit donc dans le contexte d'une meilleure communication entre professionnels de la santé et patients en interdisciplinarité. Finalement, les soignants ont également pour mission d'évaluer la définition de non-adhérence du patient dans le but de cibler les besoins éducationnels de ce dernier et de le rendre attentif à ce qui porte préjudice au processus thérapeutique. .

### ***Comportements***

La non-adhérence fait référence à un comportement d'écart par rapport à la médication prescrite. A ce titre, les déviations les plus fréquentes relevées dans la littérature sont l'auto-ajustement de la dose et de la fréquence en lien avec l'intensité de la douleur et le fait de prendre moins de médicaments, à savoir la sous-utilisation médicamenteuse (Markotic et al., 2013). Les raisons de ces comportements comprennent les préoccupations au sujet de l'addiction, l'examen minutieux des médicaments, la tolérance et l'interruption du traitement. De plus, l'expérience de vie joue également un rôle dans la non-adhérence, à savoir que ce comportement est influencé par le plus jeune âge et un faible niveau d'éducation (Broekmans et al., 2009). Dans ce contexte, il convient de différencier sous-utilisation et sur-utilisation médicamenteuse en faisant référence à la non-adhérence, car ces deux concepts engendrent des comportements différents. Ainsi, la sous-utilisation se rapporte à la prise de moins de médicaments ainsi qu'à des oublis de doses prescrites au moins quelques fois. Par ailleurs, des comportements tels que l'automédication et la mise

en place de stratégies d'adaptation actives ou adaptées (essayer de fonctionner malgré la douleur ou de la contrôler) se rapporte à la sous-utilisation médicamenteuse (Broekmans et al., 2010). En effet, ceci s'explique par le fait que le sentiment de contrôle perçu de la douleur est lié à un niveau d'adhérence plus faible. Dans ce contexte, le fait de combattre la douleur est appréhendé comme un moyen de construire la tolérance. Par conséquent, le seuil de tolérance étant plus élevé, la prise de médicaments contre la douleur n'intervient que lorsque celle-ci devient insupportable, tandis que si le patient croit que sa douleur nécessite une prise de médicaments, il sera davantage adhérent à son traitement (Broekmans et al., 2009). Ainsi, il est important que les professionnels de la santé rendent les patients attentifs au sujet de la mémoire de la douleur, phénomène s'installant suite à un traitement non suffisant des douleurs continues et provoquant une sensibilité accrue des nerfs aux signaux de la douleur, même très discrets, tels un simple toucher ou une chaleur minime, qui ne sont pas ressentis comme douloureux en temps normal (Groupement d'intérêt contre la douleur chronique, S.d.). Par ailleurs, la sous-utilisation intervient plus fréquemment que la sur-utilisation qui consiste à prendre plus de médicaments ou des doses supplémentaires au moins quelques fois. La sur-utilisation préconise la mise en place de stratégies d'adaptation passives ou non adaptées à la douleur (renoncer à contrôler soi-même la douleur, mais attribuer ce rôle à quelque chose d'extérieur à soi), telles que le tabagisme. Il convient également de dire que les abus de médicaments expérimentés par les patients favorisent la non-adhérence aussi bien de sous-utilisation que de sur-utilisation (Broekmans et al., 2009). Par contre, en ce qui concerne la sur-utilisation des opioïdes, Portenoy (1996) et Fishbain et al. (2008) cités dans l'étude de Broekmans et al. (2010), la considèrent comme un comportement à part, irrationnel et lié aux drogues, prédit par les antécédents ou l'usage courant d'alcool et de drogues par le patient ou par sa famille. Pour eux, la



sur-utilisation d'opioïdes est liée au développement de l'addiction chez les patients souffrant de douleur chronique, dont le mécanisme spécifique de non-adhérence ne fait pas l'objet de cette revue. Finalement, la prise de conscience concernant l'existence de deux comportements distincts de non-adhérence, permettrait aux professionnels de la santé de mieux repérer ces éléments auprès des patients, afin de diriger leurs interventions de manière appropriée par la suite.

### ***Types de traitements***

La thérapie de la douleur chronique comprend plusieurs types d'analgésiques, notamment : les AINS ou analgésiques non opioïdes, les opioïdes, les autres non opioïdes et les psychotropes, qui ont tous les quatre tendance à être sous-reportés par les patients. L'intensité plus faible de la douleur mène à la sous-utilisation médicamenteuse d'AINS et d'autres non opioïdes. Cependant, il a été remarqué que les opioïdes ainsi que les co-analgésiques sont plutôt sur-utilisés. En outre, la prise auto-reportée des opioïdes constitue un facteur de risque de la non-adhérence (Kipping et al., 2014). Force est de constater que les trois catégories de non-adhérents ont d'avantage d'analgésiques prescrits par rapport aux adhérents (Broekmans et al., 2010). Ceci coïncide avec la nécessité de combiner plusieurs traitements en vue de soulager la douleur. Néanmoins, les combinaisons efficaces demeurant inconnues à ce jour, cette polymédication favoriserait la non-adhérence suite à l'analyse des bénéfices et des risques effectuée par le patient (Rasu et al., 2014 ; Broekmans et al., 2009 ; Monsivais et al., 2007). Par ailleurs, la relation avec le médecin, dans les contextes de mauvaise communication, d'insatisfaction, de méfiance et de manque d'informations reçues contribuent à la sous-utilisation voire à l'interruption du traitement (Broekmans et al., 2009).

D'autre part, le fait d'être soigné dans un centre de la douleur en particulier peut également favoriser la non-adhérence, c'est le cas notamment pour les patients combinant sur-utilisation et sous-utilisation (Broekmans et al., 2010). Il aurait été néanmoins important de disposer d'indications sur les modalités de prise en charge des patients souffrant de douleur chronique dans cet établissement. De plus, en cas d'insatisfaction liée au suivi de la douleur chronique, le recours à la médecine alternative a été observé chez certains patients (Markotic et al., 2013). Ceci fait référence à une stratégie d'adaptation active, visant à contrôler la douleur par un moyen autre que la médication. Comme il a été mentionné, les informations reçues de la part du médecin ou d'autres soignants permettent de prévenir la non-adhérence. C'est pourquoi, il est important que le professionnel de la santé crée une alliance thérapeutique avec le patient, de manière à ce que la mise en application des recommandations liées à la prescription s'inscrive dans le cadre d'un partenariat visant l'accord partagé entre les deux parties, synonyme d'adhérence.

### **Conclusion de la discussion avec l'adhérence**

Comme il a été vu précédemment, le caractère changeant de la douleur rend son suivi difficile, étant donné que les combinaisons permettant de la soulager efficacement demeurent inconnues. Ceci peut également expliquer pourquoi les trois catégories de non-adhérents bénéficient d'avantage de prescriptions analgésiques suite à une douleur omniprésente dans leur quotidien. Par ailleurs, ceci pousse les patients à avoir recours à des comportements de non-adhérence comprenant la sur-utilisation, la sous-utilisation médicamenteuse ou une combinaison de ces deux derniers. Plusieurs raisons conduisent les patients à agir de la sorte, notamment leurs perceptions, leurs croyances, leurs connaissances issues de leurs expériences et de leur culture (Monsivais et al., 2007). Ainsi, il est important que le professionnel de la

santé connaisse les différents facteurs susceptibles de contribuer à la non-adhérence, afin de mieux dépister ce comportement chez le patient vis-à-vis de son traitement. Il est nécessaire de rappeler que la non-adhérence mène à des conséquences non négligeables telles que « l'augmentation de la morbidité, de la mortalité, des coûts et à une négligence des aspects thérapeutiques » [traduction libre] (Vrijens et al., 2010, p. 691). De ce fait, il est donc primordial de prévenir ces formes d'écart au traitement médicamenteux.

### **Implication pour la pratique**

Il relève de la responsabilité des professionnels de santé de pallier dans la mesure du possible aux conséquences engendrées par le manque de connaissances au sujet du traitement de la douleur chronique, chacun devant œuvrer selon son domaine de compétence, dans le cadre de l'interdisciplinarité. En effet, dans le cas de la douleur chronique non maligne, si le médecin intervient dans la prescription médicamenteuse après la pose d'un diagnostic médical, c'est à l'infirmière que reviennent la distribution des médicaments et le jugement clinique. La non-adhérence médicamenteuse est fréquente et correspond à des comportements intentionnels et non intentionnels s'inscrivant dans la sous-utilisation, la sur-utilisation ou la combinaison des deux. Au travers de la relation soignante, l'infirmière va identifier les facteurs contribuant à la non-adhérence pour savoir lequel des comportements de non-adhérence susmentionnés est présent. Ceci se passe dans le cadre de l'évaluation du traitement, le patient va rapporter son vécu de la douleur, les répercussions sur son quotidien et son comportement envers la médication. Par ces informations, l'infirmière pourra donc chercher à comprendre la globalité du patient, c'est-à-dire son expérience, ses priorités et ses préférences lorsqu'il s'agit de non-adhérence intentionnelle en vue de promouvoir l'adhérence en soumettant au médecin les aménagements

thérapeutiques souhaités. D'autre part, l'infirmière favorisera un enseignement visant à simplifier le traitement et à apporter des informations au patient non-adhérent de manière non intentionnelle, étant donné que la thérapie contre la douleur préconise l'usage de plusieurs analgésiques et que les connaissances concernant les médicaments ont tendance à être éronnées. Ainsi, les requêtes du patient ayant été prises en compte, une meilleure communication peut s'installer entre les deux parties, propice à la mise en place d'interventions ciblées. Cependant, il est nécessaire d'ajouter que l'alliance thérapeutique peut être fragilisée en ce qui concerne le patient, car la non-adhérence ne peut être évaluée que par son auto-report, ce qui sous-entend une confiance aveugle en ce dernier, tout en sachant qu'il peut sous ou sur reporter ses habitudes médicamenteuses et ainsi fausser son suivi. Néanmoins, le partenariat fondé sur un consentement éclairé entre l'infirmière et le patient, consistant à disposer de toutes les informations relatives au traitement en vue de prendre des décisions, demeure une meilleure alternative pour contribuer à l'adhérence, qui est un processus dynamique dont la notion de décision partagée constitue l'essence même. Etant donné que le partenariat est la meilleure alternative pour favoriser l'adhérence, les modalités de l'enseignement thérapeutique contribuant au consentement éclairé du patient sont au nombre de quatre. Premièrement, il s'agit de décrire le motif de la prescription médicamenteuse ainsi que les résultats attendus de la thérapie tout en insistant sur la nécessité de soulager la douleur au moyen du traitement. Deuxièmement, il est nécessaire de connaître les croyances et les perceptions ainsi que les types d'adhérence des patients au sujet des médicaments et leurs effets secondaires au moment de la prescription, afin de procéder à une gestion adaptée de ces derniers par la suite. Le troisième objectif vise à établir un cadre concernant le temps nécessaire à la médication pour être efficace, afin d'éviter que le patient n'interrompe la prise du traitement. Finalement, il est

important de connaître la différence existant entre la douleur aiguë et la douleur chronique, afin d'adapter la prise en charge du patient souffrant de cette dernière. Ces différents points devraient idéalement être mis en pratique par l'infirmière et les autres professionnels de santé. Néanmoins, quelques réserves subsistent en ce qui concerne le libre arbitre du patient. En effet, il en revient à ce dernier de décider s'il veut ou non mettre en pratique les recommandations en lien avec son traitement. D'autre part, il est nécessaire, pour les études futures traitant des facteurs de non-adhérence au traitement contre la douleur chronique non maligne, d'aller au-delà du niveau du patient, c'est-à-dire de s'étendre au niveau macro, comme par exemple se focaliser davantage sur les différences existant entre les systèmes de santé (composition des équipes de soins, entraînement à la communication des professionnels de santé,...) afin de mettre en évidence de nouveaux facteurs contribuant à la non-adhérence médicamenteuse. De plus, il est important de distinguer dans les études à venir, sur et sous-utilisation afin d'investiguer d'avantage les facteurs liés à la sur-utilisation médicamenteuse, et moins connue que la sous-utilisation.

### **Les limites de la revue de littérature**

Cette revue de littérature étoffée comprend un certain nombre de limites. Tout d'abord, plusieurs types d'échelles ont été utilisées dans les articles retenus sans savoir précisément ce qu'il en est de leur validité, notamment l'échelle de MARS, dans l'étude de Nicklas et al. (2010), qui était biaisée.

D'autre part, l'auto-report constitue la seule mesure de l'adhérence disponible dans les études analysées, en l'absence d'une mesure standard de non-adhérence. Par ailleurs, la littérature fournit peu d'articles concernant la douleur chronique non maligne, mais d'avantage concernant les pathologies chroniques en général. Dans

ce contexte, seuls huit articles ont pu être retenus durant la période de recherche définie, à savoir, de janvier à mai 2015. D'autres articles ont été trouvés par la suite, mais n'ont pas pu être inclus dans l'analyse, étant donné qu'ils sont apparus en dehors du délai fixé pour la période de recherche. Par contre, le fait de disposer d'études principalement européennes est un point fort de cette revue de littérature étoffée.

## ***Conclusion***

En conclusion, cette revue de littérature étoffée avait pour but de relever les facteurs de non-adhérence au traitement contre la douleur chronique non maligne chez la population adulte. Malgré la difficulté de cerner les articles concernant la douleur chronique, des résultats couvrant un large échantillon ont été mis en évidence comme les connaissances, les croyances, les comportements ou encore les diagnostics interférant avec le traitement médicamenteux. Le cadre de référence de l'OMS a permis une meilleure compréhension du phénomène de l'adhérence.

Finalement, au cours de ce travail, nous avons pu réaliser différents apprentissages concernant la méthodologie, en vue de créer une revue de littérature étoffée. Les obstacles rencontrés nous ont permis de recentrer notre travail par rapport à la problématique. De nombreux apprentissages ont émergé et pourront être transférés dans notre pratique professionnelle, notamment le partenariat nécessaire à l'établissement d'un accord partagé avec le patient, le fait d'être à l'écoute des craintes et des croyances du patient, la différence intervenant dans le suivi de la douleur chronique par rapport à la douleur aiguë ainsi que la mise en place d'interventions basées sur la connaissance des facteurs contribuant à la non-adhérence au traitement.

### **Liste des références bibliographiques**

- Association québécoise de la douleur chronique (2009). *Zoom sur la douleur chronique*. Accès: [http://www.douleurchronique.org/gestion/nouvelles/ZOOMdouleur\\_4b.pdf](http://www.douleurchronique.org/gestion/nouvelles/ZOOMdouleur_4b.pdf)
- Berben, L., De Geest, S (2012). Interventionen zur Verbesserung der Adhärenz. *Krankenpflege*, 32-33
- Berthoux F., Calmels P. (2002). *Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation*. Paris: Frison Roche
- Bogduk, N., Merskey, H. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (second Ed.). Seattle: IASP Press. [ISBN 0-931092-05-1](#).
- Brasseur, L. (1998). *Traitement de la douleur*. France: Doins Editeur
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 287-333
- Broekmans, S., Dobbels, F., Milisen, K., Morlion, B., Vanderschueren, S. (2009). Medication adherence in patients with chronic non-malignant pain: Is there a problem? *European journal of Pain*, 13, 115-123. Doi 10.1016
- Broekmans, S., Dobbels, F., Milisen, K., Morlion, B., Vanderschueren, S. (2010). Determinants of medication underuse and medication overuse in patients with chronic non-malignant pain: a multicentre study. *International journal of nursing studies*, 47, 1408-1417
- Broekmans S. and Vanderschueren S. (2012). Concerns about medication and medication adherence in patients with chronic pain recruited from general practice. *Evidence based nursing*, 15(2)
- Chauffour-Ader, C., Daydé M.-C. (2008). *Comprendre et soulager la douleur*. France : Editions Lamarre
- Christiann, F. (2007). Evaluation de la douleur rotation des opioïdes. Association des pharmaciens praticiens des hôpitaux du centre. [Polycopié] Accès : [http://aprhoc.adiph.fr/files/2012/11/2007-evaluation\\_douleur\\_rotation\\_opioides.pdf](http://aprhoc.adiph.fr/files/2012/11/2007-evaluation_douleur_rotation_opioides.pdf)



- Cottin, Y., Lorgis, L., Gudjoncik, A., Buffet, P., Brulliard, C., Hachet, O., Grégoire, E., Germin, F., Zeller, H. (2012) Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, 4, 291-298
- Coudeyre, E., Sanchez, K., Rannou, F., Poiraudau, S., Lefevre-Colau, M.-M. (2010). Impact of self-care programs for limb osteoarthritis and influence of patient's beliefs. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53, 434-450. Doi: 10.1016/j.rehab.2010.07.002
- Dias Barbosa, C. (2014) Adhésion thérapeutique : attention aux clichés simplificateurs! Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique. Accès: <http://lecrip.org/a/wp-content/uploads/2014/07/2--Facteurs-explicatifs.pdf>
- Donald Morisky's Website. (2013). Morisky Medication Adherence Scale. Accès [http://dmorisky.bol.ucla.edu/MMAS\\_scale.html](http://dmorisky.bol.ucla.edu/MMAS_scale.html)
- Ecole Nationale de la Santé Publique (2004). *Prise en charge de la maladie chronique: quels rôles pour les secteurs professionnels, familiaux et alternatifs ?* Rennes: ENSP, Module interprofessionnel de santé publique.
- Fortin, M.- F. (2010) *Fondements et étapes du processus de recherche, méthodes qualitatives et quantitatives* (2ème édition), Montréal : Chenelière éducation.
- Groupe d'intérêt contre la douleur chronique (S.d.). Des douleurs ? Attendre n'est pas une solution. Accès <http://www.prevention.ch/desdouleurs.htm>
- Haute autorité de santé (2008). Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, 1-4 Accès : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf)
- Kipping, K., Maier, C., Bussemas, H.H., Schwarzer A. (2014). Medication compliance in patients with chronic pain. *Pain Physician*, 14, 81-94.
- Library of the University of Amsterdam. (2001). Pain from zero to ten: effects of a pain monitoring program for nurses. Accès <http://dare.uva.nl/document/2/50380>
- Markotic, F., Cerni Obrdalj, E., Zalihić, A., Pehar, R., Hadziosmanovic, Z., Pivic, G., Durasovic, S., Grgic, V., Banozic, A., Sapunar, D., Puljak, L. (2013). Adherence to pharmacological treatment of chronic non-malignant pain in individuals aged 65 and older. *Pain Medicine*, 14, 247-256
- Monsivais, D., McNeill, J. (2007). Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with non-malignant chronic pain syndromes. *Pain management nursing*, 8(2), 64-71.

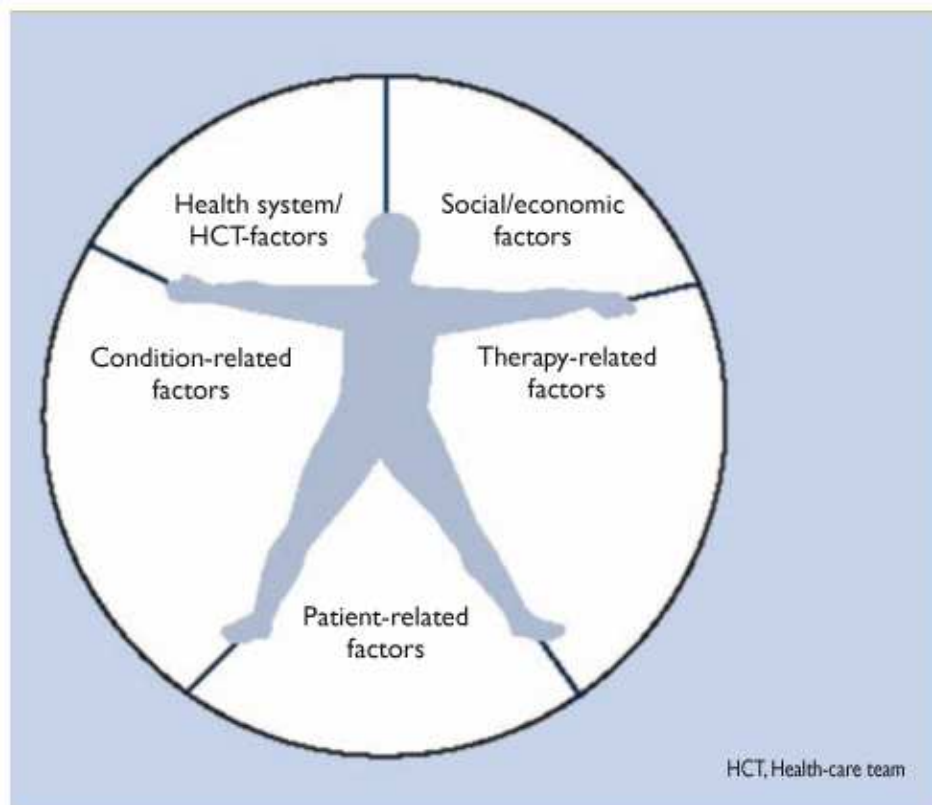
- Nicklas, L. B., Dunbar, M., Wild, M. (2009). Adherence to pharmacological treatment of non-malignant chronic pain: the role of illness perceptions and medication beliefs. *Psychology and health*, 25:5, 601-615. DOI: 10.1080/08870440902783610
- OMS (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. WHO Library. Accès <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
- Rasu, R. S., Sohraby, R., Cunningham, L., Knell, M. (2013). Assessing Chronic Pain Treatment Practices and Evaluating Adherence to Chronic Pain Clinical Guidelines in Outpatient Practices in the United States. *The journal of pain*, 14(6), 568-578.
- Sandman, L., Granger, B.B., Ekman, I., Munthe, C. (2012). Adherence, shared decision-making and patient autonomy. *Med Health Care and Philos*, 15, 115–127. DOI 10.1007/s11019-011-9336-x
- Schäfer-Keller, P., Garzoni, D., Dickenmann, M., De Guest, S. (2010). Medikamentöse nicht-Adhärenz- Prädiktive Faktoren und Diagnostik. *Therapeutische Umschau*, 67(6), 283-288. Doi: 10.1024/0040-5930/a00051
- Timmerman, L., Stellema, R., Stronks, D.L., Groeneweg, G., Huygne, F.J.P.M. (2014). Adherence to pharmacological pain therapy in patients with non-malignant pain: the role of patients' knowledge on pain medication. *Pain Practice*, 14(8), 701-708. Doi: 10.1111/papr.12139.
- University College London (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. Accès <http://discovery.ucl.ac.uk/1351591/>
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes D.A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppert, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J.K. & Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73 (5), 691–705. DOI:10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x

## ***Annexes***

### ***Appendice A : déclaration d'authenticité***

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail nous-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées ».

Marie-Louise Bobo et Amélie Dunand

**Appendice B : Schéma de l'OMS**

<http://www.revmed.ch/rms/2013/RMS-386/Adhesion-therapeutique-du-patient-chronique-des-concepts-a-la-prise-en-charge-ambulatoire>

**Appendice C : Grille de lecture d'un article scientifique, approche qualitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Broekmans, S., Dobbels, F., Milisen, K., Morlion, B., Vanderschueren, S. (2009). Medication adherence in patients with chronic non-malignant pain: Is there a problem? <i>European journal of Pain</i> , 13, 115-123. Doi 10.1016
Résumé	Une revue de littérature de 14 articles. Elle a pour but de démontrer la prévalence, conséquences de la non-adhérence et comment peut-on l'augmenter. La douleur chronique est définie comme étant présente depuis plus de 6 mois. Elle considérée comme une pathologie chronique, présentant plusieurs caractéristiques, comme sa constance, entraînant des déficiences. L'adhérence comprend les comportements correspondant aux recommandations convenues d'un fournisseur de soins de santé. L'adhérence aux prescriptions médicamenteuses est un réel problème dans chez les patients souffrants de douleur chronique non-maline qui varie selon les études entre 7.7 et 52.9%. Généralement il y a une tendance à la sous-médication car il n'y a pas d'effets négatifs immédiats sur la santé. De plus, il est souvent nécessaire de combiner plusieurs traitements, et les patients regardent le ratio entre risques et bénéfices. Les croyances des patients sur leur maladie et leur traitement ont un impact sur l'adhérence, ce qui a été confirmé par le modèle de la cognition social.
Titre	Medication adherence in patients with chronic non-malignant pain: Is there a problem?
Introduction Enoncé du problème	Dans les pathologies chroniques, l'adhérence au traitement est souvent mauvaise et pour certaines pathologies peut être la cause de la mortalité. On ne parle pas souvent de la douleur chronique. C'est pourquoi cette revue de littérature été effectuée.
Recension des écrits	La douleur chronique est un syndrome accompagné de douleur, de limitation dans les activités et un degré de perturbation dépendant de l'atteinte physiopathologique, qui est probablement dépendant des interactions entre des problèmes physiques, psychologiques ou sociaux. Due à la complexité des douleurs il faut un traitement individualité et si possible dans un centre spécialisé de la douleur. 60% des personnes souffrant de douleur chronique prendraient un traitement antalgique.
Cadre théorique ou conceptuel	<p>La douleur chronique est définie comme étant présente depuis plus de 6 mois. D'après l'OMS, elle est considérée comme une pathologie chronique, présentant plusieurs caractéristiques, comme sa constance, entraînant des déficiences, elle est causée par des altérations pathologiques non réversibles, demande des exercices spéciaux pour sa réhabilitation ou peut demander une longue période de supervision, d'observation ou de traitement.</p> <p>Définition de l'adhérence : ce sont les comportements d'une personne correspondant aux recommandations convenues d'un fournisseur de soins de santé. Définition de compliance : simialire à l'adhérence plus connotation plus négative, en lien avec la passivité. Définition de concordance : est centré sur la relation patient-médecin, concept de la décision partagée.</p>

Question de recherche	Le but de cet article est de faire une revue de littérature, car il n'y en a pas. De plus, démontrer la prévalence, conséquences de la non-adhérence et comment peut-on l'augmenter sont aussi des but de cette revue de littérature.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Revue de littérature
Population et contexte	La 1 <sup>ère</sup> étape était de rechercher des articles sur les bases de données, telles que medline, CINAHL, Psychinfo et cochrane. Les articles devaient être paru après décembre 2006 et en anglais ou en flamant. La 2 <sup>ème</sup> étape a été de rechercher des articles à travers les articles qui ont été retenus.  Critères d'inclusion : adultes, douleur chronique non-maline, prévalence de l'adhérence au traitement, articles contenant les recommandations de traitement,...
Collecte des données et mesures	Avec les différent mots clé, 1057 articles sont apparus, seulement 31 ont été retenus suite à la lecture de l'extrait, puis 14 articles ont été retenus suite à l'analyse.
Déroulement de l'étude	
Rigueur	Analyse du contenu et de la méthodologie effectuée, les bases de données, critères d 'inclusion et d'exclusion sont mentionnés.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<u>Les corrélations significatives de sous-utilisation de médication prescrite étaient :</u>  Etudes (Dobkin et al., 2006), (Sewitch et al., 2004), (Deyo et al., 1981), (McCracken et al., 2006)  les plus faibles taux d'évaluation de la douleur la détresse psychologique plus élevée mauvaise communication avec le médecin et peu de satisfaction envers celui-ci méfiance envers le médecin diagnostic (exemple : arthrite rhumatoïde a une meilleure adhérence comparée aux autres types d'arthrite.), moins de médication prescrite (étude de 1981) moins de fréquentation des services de santé moins de préoccupations concernant les effets secondaires moins de préoccupations concernant l'abandon de thérapie <u>Corrélation significative entre les préoccupations au sujet de l'addiction, de l'examen minutieux, la tolérance et l'abandon:</u> Etude (McCracken et al., 2006) - fréquence avec laquelle les patients prennent plus de médication que prescrit

	<p><u>Les déterminants significatifs de la non-adhérence irrespectueux du fait qu'il s'agisse de sur ou de sous-utilisation :</u></p> <p>Etudes (Berndt et al., 1993 ; Ives et al., 2006 ; Packar et O'Connell, 1986 ; Viller et al., 2000).</p> <p>la polymédication (Berndt et al., 1993)</p> <p>histoire d'abus des médicaments (Berndt et al., 1993)</p> <p>plus jeune âge (Berndt et al., 1993 ; Ives et al., 2006 ; Viller et al., 2000)</p> <p>le pays de résidence (les Hollandais sont moins adhérents en comparaison aux Français et aux Norvégiens) (Viller et al., 2000)</p> <p>généralement, il n'y a pas de différences observées entre les genres, mais une étude a montré que les femmes étaient plus adhérentes que les hommes. (Viller et al., 2000)</p> <p>intensité de la douleur (mesurée avec l'échelle d'évaluation numérique ou Numeric rating scale ou EVA) (Berndt et al., 1993)</p> <p>durée de la douleur (Berndt et al., 1993)</p> <p>Le niveau d'éducation n'a pas semblé être corrélé avec l'adhérence (Packar et O'Connell, 1986 ; Viller et al., 2000).</p> <p><u>Expérience de l'adhérence aux médicaments contre la douleur chez les patients plus âgés souffrant d'arthrose (résultats = 2 thèmes principaux) :</u> Etude (Sale et al., 2006)</p> <p><b>1<sup>er</sup> thème : adhérence au traitement médicamenteux contre la douleur diffère de l'adhérence aux autres médicaments prescrites :</b></p> <p>les patients sont moins adhérents à la médication contre la douleur (cette médication est souvent prise en dose ou fréquence plus faible que prescrite, les raisons de ce comportement sont l'aversion de la prise de pilules en général, le soulagement insuffisant de la douleur et la peur de l'addiction aux médicaments contre la douleur, les patients pensent que le fait d'altérer les doses voulait dire prendre trop, plutôt que trop peu de médication, la sous-utilisation des médicaments prescrits n'a pas été perçue par les patients comme un comportement mal adaptatif de non-adhérence).</p> <p><b>2<sup>ème</sup> thème : Les perceptions et les attitudes face à la douleur ont une importance dans l'adhérence au traitement.</b></p> <p>(Les patients minimisent leurs douleurs et disent que leur faible prise de médication est due à un haut seuil de tolérance à la douleur, ils croient que le fait de combattre la douleur construit leur tolérance à la douleur et ne prennent des médicaments contre la douleur que quand la douleur devient très insupportable, médication à utiliser lors de quelques occasions ou types de douleurs-&gt; soins palliatifs, ou à court terme, suite à une opération par exemple.)</p> <p>Une étude a décrit quelques interventions qui pourraient favoriser l'adhérence à travers une étude randomisée qui proposait à un groupe des appels téléphoniques tous les mois, un autre des visites prévues à la clinique et le dernier avait les deux interventions afin qu'ils puissent avoir des réponses à leurs questions. Aucune intervention n'a favorisé l'adhérence, certainement à cause de la faiblesse de l'étude.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés sous forme de textes et sous forme de tableaux pour résumer les différentes analyses d'articles. Mise en lien et comparaisons des différents résultats obtenus des différents articles retenus.
<b>Discussion</b>	Les patients ont une part importante de contribution afin de suivre leur thérapie, le taux d'adhérence a été évalué à 80%, mais pour certaines autres pathologies chroniques, elle devrait être de 95% (comme VIH ou post transplantation). L'adhérence aux prescriptions médicamenteuses

Intégration de la théorie et des concepts	<p>est un réel problème chez les patients souffrants de douleur chronique non-maline qui varie selon les études entre 7.7 et 52.9%. généralement il y a une tendance à la sous-médication car il n'y a pas d'effets négatifs immédiats sur la santé. De plus, il est souvent nécessaire de combiner plusieurs traitements, et les patients regardent le ratio entre risques et bénéfices. Les croyances des patients sur leur maladie et leur traitement ont un impact sur l'adhérence, ce qui a été confirmé par le modèle de la cognition social. De plus, la sous-médication est reliée aux effets secondaire du traitement et à la perception de ne pas avoir besoin d'un traitement. Par ailleurs, les effets du traitement ne sont pas toujours efficaces, ce qui fait qu'il pourrait y avoir un lien entre les résultats obtenus et la non-adhérence. Les facteurs de la non-adhérence ont été cités auparavant et les facteurs de l'OMS doivent être pris en compte. Les cinq dimensions sont les facteurs socio-économiques, les facteurs relatifs au système de santé, les facteurs reliés à l'état, au traitement et au patient. Ce qui fait que le patient n'est pas le seul responsable de la non-adhérence. Les médecins ont aussi un rôle à jouer.</p> <p>Les limites de l'étude : Articles limités, peu de recherches faites sur le sujet et il serait nécessaire de faire d'autres recherches pour confirmer au mieux certaines hypothèses. Il y a des différences entre les articles du point de vue des définitions comme pour l'adhérence et aucune étude ne mentionne le niveau d'adhérence qui est finalement apparu dans une seule recherche et qui est de 80%. de plus, les différenciations ne sont pas toujours présentes, comme parfois pas de distinction entre abus et sous-médication de substance. La revue comprend seulement 14 articles.</p> <p>L'évaluation de l'adhérence par la personne elle-même est souvent faussée, car elle est surestimée, tandis que les tests toxicologiques sont plus fiables, mais toutes les substances ne peuvent pas être détectées et se base sur le jour précédent. Les moniteurs électroniques sont les plus précis mais ne mesure que l'adhérence de la prise du médicament, mais pas celle de la dose, ni celle de la temporalité. Il sera important de prendre en compte les cinq dimensions de l'OMS et de s'intéresser au système de santé et à ses différents professionnels. En particulier, il faudra d'intéresser à la manière de donner les connaissances, de communiquer, la capacité à éduquer un patient et le suivi, les liens avec la charge de travail et l'attente. Ces différents point à rechercher vont favoriser les connaissances et vont donner des pistes pour qu'il y ait des interventions efficaces.</p>
Perspectives	<p>Concernant les travaux de recherche à venir, il sera important de connaître le taux d'adhérence minimal pour prévenir la douleur. Il sera aussi important de trouver si il y a un lien entre les résultats obtenus de la médication et l'adhérence. Pour une meilleure compréhension de ces différents concepts, il sera nécessaire de trouver une définition précise de la non-adhérence médicamenteuse et de faire une distinction entre la sur-médication et la sous-médication.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	Tous les éléments principaux sont présents et correspond à ce qui est attendu d'une revue de littérature.
Evaluation globale	Les résultats obtenus sont utilisables pour la pratique, mais la majorité des articles sont assez anciens



**Appendice D : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Markotic, F., Cerni Obrdalj, E., Zalihic, A., Pehar, R., Hadziosmanovic, Z., Pivic, G., Durasovic, S., Grgic, V., Banozic, A., Sapunar, D., Puljak, L.(2013). Adherence to pharmacological treatment of chronic nonmalignant pain in individuals aged 65 and older. <i>Pain Medicine</i> , 14. 247-256
<b>Résumé</b>	<p>Il s'agit d'une étude transversale avec 100 participants, qui a pour but de décrire la prévalence de la non- adhérence au traitement chez les patients souffrants de douleurs chroniques, les types de non adhérence et la corrélation avec les médicaments prescrits. La non-adhérence est un problème commun dans les conditions chroniques, et varierait entre 8 et 53%.</p> <p>Il y a une corrélation négative entre l'intensité de la douleur et l'antalgie. Plus la douleur est forte, moins il y a d'adhérence au traitement. Les patients de plus de 65 ans, souffre de nombreuses pathologies chroniques qui nécessitent un traitement de longue durée et le complexifie. 12% de cette population consommerait environs 10 médicaments et n'en prendrait au final que 5. Les hypothèses de la non-adhérence sont associées au statut socio-économique faible, polymédication, attitude négative face à la douleur et à son traitement, utilisation de la médecine alternative et l'intensité de la douleur élevée.</p> <p>Les résultats, ont montré que les médicaments les plus fréquemment pris sont les AINS (diclophénac, acétaminophène et ibuprofène), les opioïdes analgésiques (tramadol) ou les analgésiques atypiques (corticostéroïdes ou ketoprofène gel). 9% des patients sont non-adhérents non-intentionnellement, 10% intentionnellement, et 29% c'est un mélange. Concernant les croyances, 59% pense que la douleur montre une péjoration de la pathologie, 49% pense que l'on peut facilement devenir dépendant aux traitements et la majorité ne pense pas que les effets indésirables des analgésiques sont insupportables. 57% des patients âgés de plus de 65 ans ne suivent pas les prescriptions médicales. Selon l'échelle de Morisky, 84% des patients auraient une forme de non-adhérence, car tous items ne sont pas respectés. Ce qui va influencer l'adhérence est le nombre de médicaments prescrit et le nombre d'analgésiques prescrits. Il est fréquent qu'un manque de couverture antalgique soit signalée tant en milieu hospitalier que chez les personnes âgées. Il y a différents facteurs qui influencent l'adhérence, c'est pourquoi les non-adhérents doivent être soutenus. Lors de pathologie chronique, la personne va être influencée par les bénéfices et les coûts que lui impose son traitement, ceci va aussi être influencé par ses croyances. L'adhérence est considérée comme une décision raisonnable du patient.</p>
<b>Titre</b>	Adherence to pharmacological treatment of chronic nonmalignant pain in individuals aged 65 and older
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le but de l'étude est de décrire la prévalence de la non- adhérence au traitement chez les patients souffrants de douleurs chroniques, les types de non adhérence et la corrélation avec les médicaments prescrits.
Recension des écrits	La non-adhérence est un problème commun dans les conditions chroniques, et varierait entre 8 et 53%.

	<p>Il y a une corrélation négative entre l'intensité de la douleur et l'antalgie. Plus la douleur est forte, moins il y a d'adhérence au traitement. Les patients de plus de 65 ans souffrent de nombreuses pathologies chroniques qui nécessitent un traitement de longue durée et complexe. 12% de cette population aurait environs 10 médicaments de prescrits, mais n'en prendrait au final que 5. Chez ces personnes, la prévalence des troubles cognitifs et fonctionnels diminue l'adhérence.</p> <p>L'adhérence est un phénomène multidimensionnel et qui a différents facteurs qui le détermine. Les facteurs relatifs au patient sont les ressources, attitudes, croyances, motivations, perception et les attentes. Elles sont influencées par les perceptions des effets et les pensées négatives sur l'efficacité du traitement.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>La définition de la douleur chronique est d'une durée d'au moins 6 mois, qui va continuer à se développer au long de la vie et est composée de différentes caractéristiques (permanente, handicapante, cause des altérations non-réversibles, ...).</p> <p>L'adhérence est définie comme les comportements de la personne correspondant aux recommandations du personnel de la santé. Une personne est considérée comme adhérente si elle respecte au minimum le 80% de ce qui lui est demandé/ prescrit.</p>
Hypothèses	<p>La non-adhérence des personnes âgées de plus de 65 ans est associée au statut socio-économique faible, à la polymédication, aux attitudes négatives face à la douleur et à son traitement, l'utilisation de la médecine alternative et une intensité de douleur élevée. Ils auront tendance à prendre moins de médication que ce qui leur est prescrit.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>Étude transversale</p>
Population et contexte	<p>Étude comprenant 100 patients (88 officiellement, mais ajusté à 100) et se déroulant en Bosnie-Herzégovine, dans une clinique où 5 médecins de familles du « Health Care Center Mostar » exercent.</p> <p>Les critères d'inclusion sont des citoyens de Bosnie-Herzégovine, âgé de 65 ans ou plus, ayant reçu le diagnostic de douleur chronique non maligne au cours des 6 mois suivant un traitement antalgique, tous les patients consultant au « Health Care Center Mostar » durant la période de l'étude ont été invités à participer. Les critères d'exclusion sont la démence, les douleurs aiguës et les pathologies malignes.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire pour déterminer l'adhérence, les facteurs ou attitudes relatives à celle-ci. 37 items, classés en 5 groupes :</p> <p>Socio-économique : âge, sexe, état civil, nombre d'enfant, niveau de formation, aides mensuelles, nombre de personnes vivant dans le ménage, revenu.</p> <p>Variables : type et durée de la douleur.</p> <p>Traitement et variables associées : type et dose prescrite, nombre de traitements pris par le patient et fonction des prescriptions</p> <p>Adhérence au traitement : la « Morinsky Medication Adherence Scale » a été utilisée afin de déterminer le degré d'adhérence.</p> <p>Attitudes face à la douleur, aux analgésiques, utilisation de médecines alternatives.</p> <p>Utilisation du Barriere Questionnaire (BQ13)</p>

	<p>L'intensité de la douleur a été mesurée (EVA)</p> <p>La médication a été vérifiée grâce au dossier médical.</p>
Déroulement de l'étude	Après évaluation pour savoir si ils entraient dans les critères et avoir donné leur accord, ils ont été intégrés dans l'étude. Les patients ont été anonymisés.
<b>Résultats</b>  Traitement des données	<p>Les différents items ont été analysés à l'aide des statistiques.</p> <p><u>Niveau d'adhérence :</u></p> <p>Haut niveau d'adhérence: 16% des patients pour la prise de médication dans la douleur chronique = 1 réponse négative à toutes les 4 questions du Morisky Scale)</p> <p>Niveau moyen d'adhérence : 43% des patients (1 réponse affirmative à 1 ou 2 questions du Morisky Scale)</p> <p>Faible niveau d'adhérence : 41% (1 réponse affirmative à 3 ou 4 questions du Morisky Scale)</p> <p><u>Diagnostic :</u></p> <p>83% ont 1 diagnostic qui n'est pas la cause de la douleur chronique, le reste à 2 diagnostics</p> <p>Le diagnostic le plus commun ayant causé la douleur chronique est douleur spinal avec ou sans radiculopathie.</p> <p>Pas d'association entre les diagnostics variés causant la douleur chronique et l'adhérence du patient, sans regarder la mesure d'adhérence.</p> <p>Comme 47 patients ont des douleurs spinales seules ou en combinaison avec d'autres diagnostics, il a été analysé si ce groupe entier était associé avec l'adhérence, mais les analyses n'ont pas montré de résultats significatifs même en utilisant une mesure de l'adhérence.</p> <p><u>Durée de la douleur chronique :</u></p> <p>Depuis quand la douleur chronique intervient : depuis plus de 5 ans pour la plupart</p> <p>Lien entre la durée de la douleur chronique et l'adhérence → pas d'association pour la question directe sur l'adhérence (P=0.07) ou pour le Morisky Scale (P=0.15).</p> <p><u>Intensité de la douleur chronique:</u></p> <p>Médian de 6.6 plus ou moins 2.2 sur l'échelle VAS</p> <p><u>Type de médicament pris :</u></p> <p>Analgésiques (incluant AINS, analgésiques opioïdes, analgésiques atypiques): 1.8 plus ou moins 1.08</p> <p>AINS les plus communément pris : diclofenac (N=46), acitaminiphen (N=23), ibuprofen (N=23)</p> <p>Analgésique opioïde : 1 analgésique opioïde a été prescrit à 10 patients et chacun d'eux ayant reçu des opioïdes faibles (tramadol).</p> <p>Analgésique atypique le plus communément prescrit : corticostéroïdes (N=12) et ketoprofen gel (N=6).</p> <p>Le nombre d'analgésiques, le nombre d'autres médicaments et le nombre total de médications prescrites que les patients prennent ont été analysés dans le contexte de l'adhérence du patient, il a été trouvé que les 2 mesures de non-adhérence (une réponse à la question concernant la prise de médication telle que prescrite et le nombre de questions positives dans le Morisky Scale) étaient significativement</p>

	<p>associés avec le nombre d'analgésiques pris par les patients (<math>P=0.001</math> de corrélation pour la question directe, <math>P=0.01</math> pour la corrélation avec le Morisky Scale).</p> <p><u>Comorbidités</u> (=Conditions en dehors de la douleur chronique pour lesquels les patients ont pris des médicaments prescrits (N=69 patients dans cette situation)) :</p> <p>les médicaments les plus communs que les patients ont pris pour leurs comorbidités sont :</p> <p>ceux affectant les fonctions rénale et cardiovasculaire (N=54)</p> <p>médicaments endocrines (N=19)</p> <p>médicaments agissant sur le SNC (N=7)</p> <p>médicaments affectant la fonction gastro-intestinale (N=7)</p> <p>médicaments agissant sur le sang et dans les organes formant le sang (N=7)</p> <p>suppléments herbeux et de diète : glucosamine et/ou sulfate de chondroïtine (N=5)</p> <p>extrait de feuille de ginkgo (N=2)</p> <p>extrait de racine de valériane (N=1)</p> <p>préparations herbales pour la prostate (N=1)</p> <p><u>Effets secondaires :</u></p> <p>Une majorité des patients (57%) a dit qu'ils reportent les effets secondaires de leur médication à leur médecin.</p> <p><u>Donner des analgésiques à d'autres personnes :</u></p> <p>28% des patients ont donné leurs analgésiques à d'autres personnes telles que (famille N=21, voisins N=9, amis N=3).</p> <p>La non-adhérence a été significativement associée avec le fait de donner des médicaments contre la douleur à d'autres personnes pour la question directe sur l'adhérence (<math>P=0.007</math>) mais pas pour le Morisky Scale (<math>P=0.301</math>).</p> <p><u>Utilisation des médecines alternatives pour le traitement de la douleur :</u></p> <p>38% des patients les ont utilisés (herbes variées et produits « naturels »).</p> <p>Corrélation significative entre le niveau de non-adhérence sur le Morisky Scale et l'usage de médecine alternative (<math>P=0.01</math>).</p> <p><u>Déviations les plus communes par rapport à la thérapie prescrite pour la douleur chronique :</u></p> <p>auto-ajustement de la dose et fréquence dépendant de la gravité de la douleur</p> <p>prise de médication moins souvent que prescrit par le médecin.</p> <p><u>Non-adhérence non-intentionnelle (1 réponse positive aux 2 premières questions) :</u></p> <p>9% des patients</p> <p><u>Non-adhérence intentionnelle (1 réponse positive aux 2 dernières questions) :</u></p> <p>10% des patients</p>
--	--

	<p><u>Non-adhérence non-intentionnelle et intentionnelle (combinée) :</u></p> <p>29% des patients</p> <p><u>Différences entre patients non-adhérents et adhérents dans les variables étudiées :</u></p> <p>- Pas de différences significatives entre les différences parmi les groupes en ce qui concerne : l'âge (<math>P=0.55</math>), le genre (<math>P=0.49</math>), l'état civil (<math>P=0.25</math>), le nombre d'enfants (<math>P=0.89</math>), l'éducation (<math>P=0.77</math>), le nombre de membres du ménage (<math>P=0.75</math>), le revenu personnel (<math>P=0.60</math>), le revenu du ménage (<math>P=0.40</math>).</p> <p><b>Adhérence</b> = une réponse à la question « est-ce que vous prenez vos analgésiques exactement tel que le médecin l'a recommandé au moment où le médicament a été prescrit ? »</p> <p>Patients adhérents : Moyenne d'âge : 72 plus ou moins 5.6 ans  Patients non-adhérents : Moyenne d'âge : 73 plus ou moins 5.8 ans</p> <p>Aucun des facteurs socio-économiques analysés n'étaient significativement associés à l'adhérence, sans tenir compte des mesures d'adhérence.</p> <p><u>Corrélation entre une question directe sur l'usage des analgésiques utilisés exactement tels que prescrits et le Morisky Scale :</u></p> <p>association significativement positive entre ces 2 mesures (<math>P &lt; 0.001</math>).</p> <p><u>Croyances sur la douleur et sur le traitement contre la douleur :</u></p> <p>La plupart des patients (59%) conviennent que la présence de douleur signifie que la maladie s'empire  48% des patients indiquent que les gens peuvent devenir facilement dépendants envers la médication contre la douleur.  La majorité des participants à l'étude ne sont pas d'accord avec le fait de dire que les effets secondaires des analgésiques sont insupportables.</p>
Présentation des résultats	<p>Les textes et tableau démontrent que :</p> <p>L'âge et le genre ou les différents facteurs personnels n'ont pas montré de différence significative entre les personnes adhérentes ou non. Les facteurs socio-économiques ne sont pas significatifs et n'influencent pas l'adhérence. Les questions directes ont montré les mêmes résultats que ceux de l'échelle de Morisky (= significatif). Les croyances jouent un rôle dans l'adhérence, car la majorité pense qu'il s'agit d'une péjoration de la pathologie ou concernant les traitements, ils pensent pouvoir devenir facilement dépendant à la substance.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>57% des patients âgés de plus de 65 ans ne suivent pas les prescriptions médicales. Selon l'échelle de Morisky, 84% des patients auraient une forme de non-adhérence, car tous items ne sont pas respectés. Les déviations sont dues à un ajustement personnel en fonction de l'intensité de la douleur et généralement, une sous-utilisation est constatée. Généralement, la sur-utilisation médicamenteuse est présente surtout chez les personnes ayant des opioïdes. Ce qui va influencer l'adhérence est le nombre de médicaments et d'analgésiques prescrits. Il est fréquent qu'un manque de couverture antalgique soit signalé tant en milieu hospitalier que chez les personnes âgées. Il</p>

	<p>n'y a pas de corrélation qui a pu être mise en évidence entre l'intensité de la douleur et l'adhérence, comme démontré dans certaines études où il y avait une corrélation négative. Les personnes pensent souvent que si la douleur augmente, il y a une progression de la maladie. De ce fait, si les patients trouvent un bénéfice au traitement, ils sont prêts à les prendre en s'accommodant des effets secondaires. Il y a différents facteurs qui influencent l'adhérence, c'est pourquoi les non-adhérents doivent être soutenus. Lors de pathologie chronique, la personne va être influencée par les bénéfices et les coûts que lui impose son traitement, ceci va aussi être influencé par ses croyances. L'adhérence est considérée comme une décision raisonnable du patient. En comparaison avec les pathologies chroniques, les personnes souffrant de douleur chronique auront tendance à moins suivre les prescriptions médicamenteuses, car ils trouvent que les douleurs sont tolérables et ne nécessitent pas de traitement. Ils ont tendance à plus prendre leur traitement pour les autres pathologies. De ces douleurs ils s'en accommodent avec le temps, et pensent que ça fait partie de la vieillesse et l'acceptent, une fois ce cheminement effectué, ils peuvent avoir tendance à être plus adhérents. Pour favoriser l'adhérence, il est nécessaire d'inclure le patient dans le processus, afin qu'il devienne un partenaire et que le traitement soit un objectif pour lui aussi. La décision partagée, qui a un bon effet sur la satisfaction du patient, l'adhérence au traitement et sur son état de santé est le moyen à privilégier. Il existe différents techniques pour vérifier l'adhérence, étant donné qu'il n'existe pas de standard, la meilleure solution est de le demander au patient, ou contrôler sa prise en comptant les pastilles restantes, utilisation d'un monitoring électronique, mesures biochimiques, concentration sanguine et urinaire, contrôles des bases de données de la pharmacie.</p> <p>Les limites et points faibles de l'étude : le taux de non-adhérence est plus élevé dans cette étude que dans les autres. Les causes seraient que la population est plus âgées que les autres études et le contexte du pays pourrait avoir été influencé par la guerre (car l'étude a été faite en post-guerre). Il existe quelques biais concernant les types de non-adhérence, car un faible taux de personnes les présentait. Le choix des participants par les chercheurs, aurait pu influencer l'adhérence, mais étant donné les taux, les résultats n'en sont pas influencés.</p>
Perspectives futures	Définir les croyances et comportements des patients âgés, faire avec eux pour qu'ils soient adhérents
<b>Questions générales</b>	Article contenant toutes les informations nécessaires et compréhensible
Présentation	
Evaluation globale	Cet article donne des pistes pour la pratique et vise à favoriser la compréhension de l'adhérence ou non chez les personnes de plus de 65 ans.

**Appendice E : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Broekmans S. and Vanderschueren S. (2012). Concerns about medication and medication adherence in patients with chronic pain recruited from general practice. Evidence based nursing, 15(2)
<b>Résumé</b>	Etudes faites auprès de 239 patients en Angleterre qui a pour but d'examiner les associations entre les préoccupations au sujet des médicaments et non-adhérence rapportés par les patients souffrant de douleur chronique non-maline dans les soins primaires. La douleur chronique non-maline est durable et sa physiopathologie est complexe. 19% de la population européenne souffre de douleur chronique. Les résultants ont montré que 48% des patients dit prendre moins de médicaments, 24% en prend plus que prescrit ou 31% en prend des doses. Ce qui fait que la moyenne de non-adhérence est de 38%. Pour la pratique, il est nécessaire d'avoir une formation adapté et un développement professionnel afin de diminuer les inquiétudes et augmenter l'adhérence. D'autres études ont démontrées que les médecins entraînés à mieux communiquer avaient un impact positif sur l'adhérence médicamenteuse du patient. Concernant les soins infirmiers, identifier et apaiser les craintes par rapport au traitement peuvent favoriser l'adhérence.
<b>Titre</b>	Concerns about medication and medication adherence in patients with chronic pain recruited from general practice
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le but de l'étude est d'examiner les associations entre les préoccupations au sujet des médicaments et non-adhérence rapportés par les patients souffrant de douleur chronique non-maline dans les soins primaires.
Recension des écrits	La douleur chronique non-maline est durable et sa physiopathologie est complexe, et s'accompagne de dysfonctionnements comportementaux dus à la douleur. Etant donné sa complexité, le traitement demande une prise en charge multidisciplinaire et une approche multimodale. 19% de la population européenne souffre de douleur chronique. La non-adhérence au traitement est fréquente, principalement dans les soins secondaires et tertiaires.
Cadre théorique ou conceptuel	La douleur et l'adhérence/ non-adhérence sont les cadres de référence, mais ne sont pas développés au sein de l'article.
Hypothèses	Elles ne sont pas clairement définies, mais il y a un lien entre les préoccupations des patients concernant le traitement et l'adhérence.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	

Population et contexte	239 patients souffrant de douleur chronique ont participé à l'étude. Ils proviennent de 20 médecins généralistes du sud de l'Angleterre. Suite à leur rendez-vous, ils ont reçu une demande afin que les chercheurs puissent les contacter sur les 664 patients potentiels, 239 ont participé.
Collecte des données et mesures	<p>Un questionnaire leur est parvenu, qui contenait :</p> <p>Un questionnaire « Pain medication attitude assesement » qui comprend différents items touchant à l'addiction, le retrait, les effets secondaires, méfiance envers le médecin, perception des besoins d'un traitement, inquiétudes à propos des examens et de la tolérance. Concernant l'adhérence ils devaient s'évaluer eux même.</p> <p>Puis des questions concernant l'abus et la sous-médication leur ont été posées. Et concernant la fréquence de la prise.</p> <p>Pour les effets indésirables, il leur en était proposé 10 ou ils devaient mettre la fréquence où ils apparaissaient.</p>
Déroulement de l'étude	Ils ont reçu un questionnaire après avoir donné leur accord pour participer à l'étude. Pour l'analyse des données, des corrélations ont été effectuée afin de voir les relations entre les inquiétudes des patients, le niveau d'adhérence, la direction de la non-adhérence et la fréquence des effets indésirables.
<b>Résultats</b>  Traitement des données	<p>La moitié (48%) des patients dit prendre moins de médicaments ou oublie à 52% la dose prescrite.</p> <p>Un quart dit prendre plus (24%) que prescrit ou des doses supplémentaires (31%). La moyenne de non-adhérence est de 38%.</p> <p>Les préoccupations des patients ont une plus grande influence sur la non-adhérence que les effets indésirable ou que le degré de douleur. La sous-médication est reliée avec la méfiance envers le médecin, mais pas avec le retrait.</p> <p>L'abus de médicament est relié à la perception du besoin et les effets indésirables.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont brièvement présentés sous forme de texte uniquement.
<b>Discussion</b>  Intégration de la théorie et des concepts	<p>Bien que la définition de l'adhérence ne soit pas claire, l'étude montre que la non-adhérence au traitement est fréquente chez les patients souffrant de douleur chronique. Les inquiétudes par rapport au traitement sont prédictives de la non-adhérence chez les patients en soins primaires. Il sera important de différencier l'abus ou la sous-médication dans la non-adhérence. On peut voir grâce à cette étude les facteurs qui vont contribuer à l'abus ou la sous-médication. Pour la pratique, il est nécessaire d'avoir une formation adapté et un développement professionnel afin de diminuer les inquiétudes et augmenter l'adhérence. D'autres études ont démontrées que les médecins entraînés à mieux communiquer avaient un impact positif sur l'adhérence médicamenteuse du patient. La communication avec le médecin est primordiale pour favoriser l'adhérence. Concernant les soins infirmiers, identifier et apaiser les craintes par rapport au traitement peuvent favoriser l'adhérence. En conclusion, apaiser les craintes envers les analgésiques vise à promouvoir un accord entre le patient et les soignants.</p>



Perspectives futures	Pour les recherches futures, il sera nécessaire de voir si l'entraînement des médecins et soignants à la communication à un réel impact sur l'adhérence et sur la diminution des inquiétudes relatives au traitement.
<b>Questions générales</b>	Article contenant des informations utiles, mais peu développées au vue du nombre de pages.
Présentation	
Evaluation globale	Articles apportant des pistes pour la pratique (importance de la communication) et la compréhension de facteurs influençant l'adhérence.

**Appendice F : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Timmerman, L., Stellema, R., Stronks, D.L., Groeneweg, G., Huygne, F.J.P.M. (2014). Adherence to pharmacological pain therapy in patients with nonmalignant pain: the role of patients' knowledge on pain medication. <i>Pain Practice</i> , 14(8), 701-708. Doi. 10.1111/papr.12139.
<b>Résumé</b>	Étude observationnelle faite auprès de 96 patients qui a pour but de voir si il existe un lien entre les connaissances qu'a le patient sur son traitement et l'adhérence à celui-ci. Il y a un manque de compliance chez les personnes souffrant de pathologie chronique. En connaissant les facteurs qui influencent l'adhérence et la non-adhérence, il est possible de faire des interventions plus ciblées. Il y a des données significatives concernant les connaissances de la prescription, sur les connaissances du traitement antalgique et sur l'âge. Il est nécessaire de donner les informations adéquates comme le nom, la dose et la fréquence pour favoriser l'adhérence. Une éducation thérapeutique à ce propos s'est montrée inefficace, mais il faut en premier lieu s'intéresser aux barrières personnelles, aux croyances de l'antalgie, qui auront un impact sur la prise du traitement. Une fois le traitement mis en place, la décision partagée doit être favorisée, car elle permet une meilleure adhérence.
<b>Titre</b>	Adherence to pharmacological pain therapy in patients with nonmalignant pain : the role of patients' knowledge on pain medication
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Il y a un manque de compliance chez les personnes souffrant de pathologie chronique, mais la différence avec d'autres pathologies, est que la douleur chronique n'engendre pas d'autres troubles. L'augmentation de la compliance peut être liée aux connaissances et aux croyances de la personne. En connaissant les facteurs qui influence l'adhérence et la non-adhérence (qui, pourquoi, quand), il est possible de faire des interventions plus ciblées.
Recension des écrits	La douleur chronique engendre des coûts, car dans 60% des cas le traitement ne suffirait pas à pallier ces douleurs. Il y a 29.9% des patients qui sont non-compliants. La sous-médication entraîne des problèmes de gestion de la douleur. La non-adhérence est négativement reliée à l'intensité de la douleur. Les conséquences pour la non-adhérence sont des ré-hospitalisations, la mort et l'augmentation des coûts de la santé. Dans la douleur chronique une non-adhérence a moins de conséquences sur l'efficacité du traitement contrairement à d'autres pathologies comme le VIH. Les abus de substances sont plus fréquents chez les personnes ayant des opioïdes tandis que la sous-médication varie en fonction de l'âge, de la détresse psychologique, mauvaise communication avec le prestataire, mise en place de stratégie de coping ou l'automédication. La connaissance de la thérapie et l'éducation au patient auraient un impact positif sur l'adhérence.
Cadre théorique ou conceptuel	Définition de l'adhérence, comme étant : « la mesure dans laquelle le comportement du patient est en relation avec les conseils médicaux ou de santé ». Dans la non-adhérence sont compris la sur-médication et la sous-médication.
Hypothèses	Il y a un lien entre les connaissances qu'a le patient sur son traitement et l'adhérence à celui-ci

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Étude observationnelle longitudinale
Population et contexte	Critères d'inclusion : 96 patients ayant donné leur accord pour participer et souffrant de douleur chronique de plus de 3 mois et qui commencent un nouveau traitement. Ces patients sortent de consultation au « <i>Center for Pain Medicine, of the Erasmus Medical Center</i> ». Ils sont âgés de plus de 18 ans et doivent avoir des connaissances suffisantes en hollandais. Critères d'exclusion : les patient recevant un traitement en réserve/ au besoin.
Collecte des données et mesures	Questionnaire ( <i>Farell's Patient Pain Questionnaire</i> , en version flamande), fait à T0, T1 et T2.  T0, les questionnaires comprenait les variables démographiques, médicale et l'adhérence. À T1 et T2, même questions, sauf celles concernant la localisation de la douleur et sa durée, les variables démographiques
Déroulement de l'étude	Trois rencontres ont été faites, à T0, après 1 mois et 3 mois  Les normes éthiques ont été respectées. Patients infirmés de l'étude et ont donné leur accord. (consentement)
<b>Résultats</b> Traitement des données	Toutes les données ont été analysées, afin de répondre aux différentes hypothèses.  <u>Démographie :</u>  Sur les 112 patients inclus dans l'étude, 17 ont refusé de participé plus tard. A T0, T1 et T2, un total de 95, 88 et 79 ont participé respectivement à l'étude. A T0 il y avait 30 (31.6%) hommes et 65(68.4) femmes avec un moyenne d'âge de 52.5ans (+/- 15.1). Au niveau du degré d'éducation: Aucune 2 (2.4%), Éducation primaire 12 (14.5%), Secondaire inférieure 44 (53%), Secondaire supérieure 14 (16.8%), Tertiaire 11 (13.3%)  Dans la semaine de T0, l'intensité de la douleur était à 7.8 (+/- 1.5). A T0 ,62 patients étaient sans emplois (65.3%) et 27 d'entre eux (43.5%), à cause de problèmes fonctionnels.  <u>Médication :</u>  La liste des analgésiques pris avant et parés la visite au centre de la douleur. Sur la totalité des patients, 25% n'utilisait pas de médication avant la première visite au centre de la douleur. Les C0-analgésiques (antidépresseurs et anticonvulsivants) étaient prescrits tôt dans la thérapie au centre de la douleur, par contre, les sédatifs et hypnotiques étaient rarement prescrits.  <u>Adhérence au médicament :</u>  Schéma montrant la proportion des patients adhérents à la prescription médicale durant la période d'étude. L'adhérence générale est de 42, 42 et 46% à T0, T1 et T2 respectivement. L'adhérence comme seul aspect, de la prescription étaient légèrement supérieure. Il

	<p>n'y a pas de différence significative entre les différents aspects d'adhérence (à la dose, au médicament et à la fréquence). Il n'y a pas de différence significative à T0, T1 et T2.</p> <p><u>Connaissances générales de la thérapie analgésique :</u></p> <p>Le tableau représente des données des connaissances générales sur la thérapie de la douleur. Le plus faible taux de connaissance était à la question : « dans la thérapie analgésique, il est important de prendre la dose la plus faible possible. Les doses plus élevées sont réservées pour les douleurs les plus sévères. » Le score à cette question était significativement le pire au cours de l'étude.</p> <p><u>Connaissance de la prescription :</u></p> <p>La figure montre la proportion des connaissances des participants qu'ils ont sur les aspects de leur prescription d'analgésiques. Environ 50% des patients ont des connaissances sur les différents aspects de la prescription durant la période de l'étude. Il n'y a pas de différence significative entre les différents aspects de la prescription et entre T0, T1 et T2.</p>
Présentation des résultats	<p>Il y a des données significatives concernant les connaissances de la prescription, (<math>p=0.01</math>), sur les connaissances du traitement antalgique (<math>P=0.05</math>) et sur l'âge (<math>P=0.08</math>). Tous les résultats sont présentés sous forme de tableaux ou de graphiques.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Au niveau du contenu, les résultats sont commentés à partir des recherches antérieures et des résultats obtenus durant cette recherche. Ils décrivent l'utilisation dans la pratique et à quoi elle pourrait servir. De plus, les limites sont décrites. Il est dit que certains facteurs peuvent influencer l'adhérence et d'autres la défavoriser. Pour une efficacité, d'un traitement antalgique, la compliance devrait être importante, même si il est possible de ne pas toujours suivre le traitement à la lettre, car il n'y aura pas de conséquences comme pour certaines autres thérapies chroniques. Cette étude a montré un taux d'adhérence de 50%, ce qui est comparable aux autres études. Toute déviation du traitement a été considérée comme de la non-adhérence. Plus la douleur était élevée, plus l'adhérence était faible. L'adhérence est un processus dynamique qui peut changer au cours du temps. → « White coat adherence » est un phénomène, qui dit que les patients suivent les prescriptions médicales après la visiter et avant le prochain rendez-vous. La moitié des patients interrogés, n'ont pas de connaissances sur l'un des éléments de la prescription. Il y a eu un comparatif entre les personnes ayant les connaissances et celle qui n'en avaient pas lors de T0, afin de savoir si il y avait un lien avec l'adhérence. Il y a une différence significative. 86% des personnes qui n'avaient pas de connaissance sur le nom, la dose ou la fréquence étaient non-adhérents. A l'inverse ceux qui possédaient des connaissances étaient non-adhérents à 54.2%. Il y a un lien entre les connaissances et l'adhérence, mais les causes/raisons ne sont pas déductibles à partir de cette recherche</p> <p><b>Conclusion :</b> il est nécessaire de donner les informations adéquates comme le nom, la dose et la fréquence pour favoriser l'adhérence. Une éducation thérapeutique à ce propos s'est montrée inefficace, mais il faut en premier lieu s'intéresser aux barrières personnelles, aux croyances de l'antalgie, qui auront un impact sur la prise du traitement. Une fois le traitement mis en place, la décision partagée doit être favorisée, car elle permet une meilleure adhérence. Il y a une association négative entre l'âge et l'adhérence qui est</p>

	<p>probablement causé par la poly-médication. Après la phase initiale du traitement, les facteurs psychologiques et les stratégies de coping auront un impact favorisant la non-adhérence chez les patients les plus jeunes.</p> <p>Concernant les limites ou points faibles de l'étude, le moyen d'évaluation de sa propre adhérence peut être faussé, car les patients, surestiment souvent leur taux d'adhérence.</p> <p>Pour les prochaines études il est conseillé de recherché les interventions d'éducation qui vont favoriser les connaissances afin que le patient soit adhérent et que l'effet de la médication soit la meilleures possible. (meilleurs résultats).</p>
Perspectives futures	<p>Il y a des pistes d'utilisation pour la pratique et les résultats qui ont été donnés à travers cet article confirment ce qui avait déjà été donné auparavant.</p> <p>Par exemple le fait de s'intéresser aux barrières personnelles, aux croyances de l'antalgie auront un impact sur la prise du traitement. Puis, favoriser la décision partagée.</p>
<b>Questions générales</b>	Article contenant toutes les informations nécessaires et compréhensible
Présentation	
Evaluation globale	Cet article donne des pistes pour la pratique et pour un enseignement. Il permet aussi de comprendre certains facteurs qui vont influencer l'adhérence.

**Appendice G : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Kipping, K., Maier, C., Bussemas, H.H., Schwarzer A. (2014). Medication compliance in patients with chronic pain. <i>Pain Physician</i> , 14, 81-94.
<b>Résumé</b>	Étude transversale, comprenant un groupe d'intervention de 243 patients provenant du centre de la douleur pour leur première consultation et un groupe contrôle de 100 patients provenant du centre ambulatoire de chirurgie. Elle a pour but d'identifier les médicaments qui sont sous ou sur-utilisés par rapport aux prescriptions médicales. Il s'agit aussi de donner des valeurs prédictives pour la non-compliance. Elle est fréquente chez les patients souffrants de douleur chronique. Il y a des contrôles réguliers chez les patients prenant des opioïdes afin de détecter les abus, mais la non-compliance ne se présente pas seulement dans les cas où il y a des opioïdes. Les facteurs de risque de la non-compliance qui ont été identifiés sont un score sur l'échelle ADS élevé, les opioïdes et la durée de la douleur à plus de 40 mois. La régression binaire a confirmé le score élevé de l'échelle ADS et a montré que les diagnostics psychologiques et la poly-médication avaient un impact. Le taux de non-compliance est évalué à 43% ce qui correspond à la littérature. Les patients qui ont des opioïdes ont tendance à être plus compliant que ceux qui prennent des non-opioïdes et souvent les benzodiazépines et antidépresseurs ne sont souvent pas mentionnés par les patients.
<b>Titre</b>	Medication compliance in patients with chronic pain
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le but de l'étude est d'identifier les médicaments qui sont sous ou sur-utilisés par rapport aux prescriptions médicales. Il s'agit aussi de donner des valeurs prédictives pour la non-compliance.
Recension des écrits	La non-compliance est fréquente chez les patients souffrants de douleur chronique. Généralement la prise de médicament ne se conforme pas à la prescription. Il y a des contrôles plus réguliers chez les patients prenant des opioïdes afin de détecter les abus, les addictions et la prise de médication non prescrite, car il y a un fort taux de décès dû à l'overdose. Mais la non-compliance ne se présente pas seulement dans les cas où il y a des opioïdes. Pour ces substances, les données en nombre ne sont pas très connues, mais elles n'ont pas un fort risque d'addiction, comme les AINS.
Cadre théorique ou conceptuel	La compliance est définie comme un comportement à suivre la prescription médicale, mais ce terme démontre un niveau d'infériorité du patient, c'est pourquoi le terme d'adhérence est généralement employé dans la littérature, par contre pour cette étude le terme de compliances est utilisé sans jugement envers les patients.
Hypothèses	La non-compliance pourrait provenir des divers effets indésirables de certains médicaments.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Étude transversale

Population et contexte	<p>243 patients ont participé à l'étude dans le groupe intervention provenant d'un centre de la douleur allemand 6 mois après sa première visite. Aucun critère d'exclusion n'a été émis.</p> <p>Le groupe contrôle comprend 100 patients qui proviennent de centre ambulatoire de chirurgie du même hôpital. Le seul critère d'inclusion était de souffrir de douleur au moment de leur visite. Ils ont été exclus du groupe de contrôle, au cas où ils suivaient déjà un traitement pour cette douleur chronique.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Un questionnaire a été utilisé.</p> <p>Les questions traitaient du type de douleur ou de l'utilisation de psychotropes. Pour chaque substance, la dose et la dernière date de la prise leur a été demandé</p> <p>Dans un deuxième temps, ils ont été informés sur l'utilisation de l'identification de la substance soit à travers le sang ou les urines. Ceci visait à contrôler si les dose et les substances mentionnées étaient présentes et en bonne quantité. Les deux tests ont été effectués au moment de l'entretien.</p> <p>2 types de non-compliance ont été définis, la sous-estimée (- de substance que mentionné) et la surestimée (+ de substance que mentionné).</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les différentes substances ont été classifiées : opioïdes, non-opioïdes (AINS et autres), Co-analgésiques, psychotropes.</p> <p>50 patients ont été testés pour les substances illicites pour commencer, mais ont été les seuls pour des raisons financières et pour la rareté des tests positifs rencontrés généralement dans le centre de la douleur.</p> <p>Les analyses ont été transférées dans un laboratoire avec un document montrant les substances prises, la dose et la dernière prise. Les analyses urinaires avaient pour but de vérifier la présence de benzodiazépines et d'opioïdes. Pour les analyses sanguines, le sérum était analysé pour estimer la quantité de médicament présent. (prises récentes, courte demi-vie de la substance). Une fois les analyses effectuées, les patients ont été classés soit en tant que compliant, sous-estimé et surestimé.</p>
<b>Résultats</b>  Traitement des données	<p><u>Données cliniques:</u></p> <p>Un total de 11 patients provenant de la clinique de la douleur et 11 patients de la Clinique pré-chirurgicale ont refusé de participer ou n'étaient pas capables de donner leur urine. La récolte de sang n'a pas été suffisante pour l'analyse ou les échantillons ont échoué dans 3 cas. Sur les 103 patients de la consultation en chirurgie ont refusé de donner leur sang après avoir accepté de participer et ont alors été exclus. Sauf pour les genres, les deux groupes étaient différents sur de nombreux paramètres. Les patients de la consultation au centre de la douleur qui font partie de l'étude souffraient de douleur neuropathiques (28%), de douleur musculo-squelettiques (29.6%) et de douleur au fond du dos (30%). Chez les patients du centre ambulatoire souffrent de douleur musculo-squelettiques (92%) et les autres d'autres types de douleurs, comme neuropathique, viscérales, fond du dos. Étiologiquement, 27% de pré-chirurgicaux avec des douleurs musculo-squelettiques ont été traités pour de l'arthrose et 73% avaient des douleurs suite à des traumatismes dus à un accident.</p>

	<p><u>Compliance :</u></p> <p>Au total, 122 (35.6%) des patient des deux groupes ont reportés une médication différentes de ce qui a été retrouvé dans les analyses toxicologiques, les hautes valeurs significatives ont été trouvées au centre de la douleur (43.3%) et au centre ambulatoire (24%, <math>P=0.05</math>). La fréquence des substances sur-évaluées était significativement plus élevé chez les patients du centre de la douleur (11% contre 2%, <math>P=0.05</math>). En contraste, les substances sous-reportées étaient élevées chez les deux groupes, avec 31% chez les centre de la douleur et 23% en ambulatoire, mais ses valeurs ne sont pas significatives.</p> <p><u>Les valeurs sous- et sur-reportées :</u></p> <p>La distribution des de la médication reportée, de la médication détectée, et les substances sous- et sur-reportée sont reportées selon les classes (dans la figure 2). Les patients ont une prédominance à sous-reporter les non-opioïdes., avec un total de 19.4% au centre de la douleur, et 12% en ambulatoire (AINS : 9.5% et 8%, autres : 11.5% et 6%). Le taux de psychotropes non-reportés était élevé (7% contre 8%) les médicaments sur-reportés étaient principalement chez les patient du centre de la douleur, concernaient principalement les analgésiques (4.1%), et les opioïdes (4.1%). La proposition la plus élevée de sous-report était pour les analgésiques non-opioïdes (AINS : 29%et 25% les autres : 42% et 32%). Le groupe du centre de la douleur avait une relation inverse entre les éléments sous-reportés et les différentes classes des substances détectées.</p> <p><u>Les facteurs de risques de la non-compliance :</u></p> <p>Dans le groupe du centre de la douleur, le calcul du ratio a identifié 3 facteurs :</p> <p>Un haut score à l'échelle de dépression (ADS) (OR= 2.12)</p> <p>Le report des opioïdes (OR= 1.7)</p> <p>Et la durée de la douleur a plus de 40mois. (OR= 1.66)</p> <p>Mais, 29 des 243 patients ne présentait aucun de ses 3 facteurs de risques, 78 en avait 2 (ADS+ longue durée= 30, ADS et opioïdes = 31) et 30 avaient les 3 facteurs. La présence des deux derniers facteurs étaient associés avec une augmentation du risque. Les patients qui n'avaient pas de score à l'ADS, avaient un risque de non-compliance augmenté. La régression binaire confirme seulement que le score élevé à l'ADS est un facteur important pour la non-compliance. Il a aussi été montré que les diagnostics psychologiques (94), la polymédication (+ de 4 substances, 21), le report de des opioïdes ou les assurances de compensations ne sont pas des facteurs influençant la non-compliance. Sur l'inclusion des mêmes paramètres cliniques pour le groupe ambulatoire, la régression n'a pas trouvé de facteurs indépendants qui ont un impact sur la compliance.</p>
Présentation des résultats	<p>Les patients prenant des non-opioïdes était souvent dans la catégorie des sous-estimés et les surestimés pour les Co-analgésiques et les opioïdes. Les facteurs de risque de la non-compliance qui ont été identifiés sont un score sur l'échelle ADS (dépression) élevé, les opioïdes et la durée de la douleur à plus de 40 mois. La régression binaire a confirmé le score élevé de l'échelle ADS (dépression), de plus a montré que les diagnostics psychologiques et la poly-médication avaient un impact dans la non-compliance. Mais elle a démontré que les opioïdes ou le fait d'être à l'assurance n'étaient pas des éléments prédicteur de la non-compliance.</p>



<b>Discussion</b>  Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les patients consultant au centre de la douleur avaient tendance à donner de mauvaises informations par rapport à leur consommation, généralement plus faible que mentionné, 43% contre 24%. Le taux de non-compliance est évalué à 43% ce qui correspond à la littérature. Les patients qui ont des opioïdes ont tendance à être plus compliant que ceux qui prennent des non-opioïdes, certainement à causes de leurs nombreux effets indésirables. <i>Ce qui a été étonnant, c'est le faible taux de personnes prenant des opioïdes qui était classé chez les sous-estimé (3%), par rapport à une étude américaine, qui l'estimait à 37%. Les personnes prenant des opioïdes étaient fortement représentées, mais avaient un taux de compliance élevé.</i> Un grand nombre de personnes ayant été classé dans les sous-estimé, prenait des non-opioïdes (10%) et des non opioïdes autres (paracétamol) (12%). L'étude n'a pas permis de se renseigner auprès de ces personnes pourquoi, ils ne les prenaient pas. Masi l'hypothèse serait que les patients oublient de les prendre. Ces médicaments étant aussi socialisés, les patients ne disent pas toujours à leur médecin qu'ils les prennent. L'étude montre que les patient se rendant au centre de la douleur s'auto-médiquent, n'ont pas les connaissances et ne se réfèrent pas à un professionnel. Les analyses ne montrent pas toutes substances, particulièrement les non-opioïdes, car elles ne sont pas toujours détectables. Les benzodiazépines et antidépresseurs ne sont souvent pas mentionnés par les patients, mais fréquemment retrouvés à travers les analyses, ce qui peut montrer soit une addiction ou alors une stigmatisation. Un tiers des médicaments que les patients n'ont pas mentionnés sont les Co-analgésiques et pour un autre tiers les opioïdes, ce qui montre des abus ou alors une prise irrégulière du traitement.</p> <p>Les limites et faiblesses de l'étude sont du point de vue de la différence entre le groupe contrôle et le groupe intervention, car la temporalité de la douleur et la prise du traitement jouent un rôle dans l'adhérence, comme la relation de confiance avec le médecin. De plus l'identification des facteurs de risques de la non-adhérence n'as pas été facile à établir, car il y avait de grosses différences entre les deux groupes. Les résultats ne sont pas aussi clair que dans d'autres études, mais la corrélation entre la dépression et la non-adhérence a aussi été démontrée dans d'autres études, elle n'est pas seulement en lien avec la douleur chronique.</p>
Perspectives futures	Pour le futur, il sera nécessaire de faire un programme d'intervention pour améliorer la conformité et créer un questionnaire validé comme pour les opioïdes.
<b>Questions générales</b>  Présentation	Article contenant toutes les informations nécessaires et compréhensible
Evaluation globale	Cet article donne quelques pistes pour la pratique

**Appendices H : Grille de lecture d'un article scientifique, approche qualitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Monsivais, D., McNeill, J. (2007). Multicultural Influences on Pain Medication Attitudes and Beliefs in Patients with Nonmalignant Chronic Pain Syndromes. <i>Pain Management Nursing</i> , 8(2), 64-71.
<b>Résumé</b> -Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	L'abstract est rédigé en un bloc sans distinction claire entre les différentes parties. Il contient les éléments suivants : le but, la description de l'échantillon, la méthodologie, les résultats. Il n'y a pas d'introduction.
<b>Titre</b> -Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Oui, le titre permet de saisir le problème de recherche. Il parle des attitudes et des croyances des patients au sujet des médicaments contre la douleur chronique qui sont notamment ancrées dans des influences multiculturelles.
<b>Introduction</b>  Enoncé du problème -Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	L'introduction n'est pas mentionnée mais le problème de recherche est clairement énoncé.  Il y est mentionné que les médicaments constituent une composante critique et importante du traitement des patients souffrant de syndromes de douleurs chroniques. Les multiples perspectives et attitudes que les patients et les soignants affichent concernant l'usage des médicaments contre la douleur pour les syndromes de douleur chronique peuvent influencer significativement les résultats du traitement et mener à une pauvre adhérence au traitement. C'est pourquoi il est important d'évaluer les peurs relatives à la médication et les mauvaises conceptions pour augmenter l'adhérence en vue de la rééducation. D'autre part, les peurs liées à la médication et les mauvaises conceptions sont enracinées dans de multiples contextes culturels qui créent des barrières à la gestion effective de la douleur chronique.
<b>Recension des écrits</b> -Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	Oui, la recension des écrits est en lien avec la thématique des attitudes et des croyances des patients concernant la culture et les peurs en rapport avec les médicaments contre la douleur.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b> -Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	Oui. Le modèle biomédical est cité en tant que paradigme dominant dans le système de soins d'aujourd'hui. Il se prête à la douleur aiguë mais pas à la douleur chronique qui requiert une prise en charge particulière. Donc l'incorporation de force de la maladie chronique dans le modèle biomédical provoque de la frustration tant chez les soignants que chez les patients.

<b>Hypothèses</b> -Les hypothèses sont-elles clairement formulées ? -Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	Oui, l'hypothèse est clairement formulée, il s'agit de la suivante : « Parce que les mythes et les mauvaises perceptions entourant les médicaments contre la douleur ajoutent une autre couche de complexité aux problèmes de traitement, il est important de comprendre les preuves de la recherche au sujet des croyances et des attitudes envers les médicaments contre la douleur en particulier ». Oui, l'hypothèse découle de la recherche sur l'usage des médicaments en général.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche -Le devis de recherche est-il décrit ?	Oui. Il s'agit d'une revue intégrée de recherche quantitative et qualitative.
<b>Population et contexte</b> -La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ? -La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	L'échantillon comprend les études avec des patients d'au moins 18 ans ayant une douleur chronique non maligne. Les études de patients avec un syndrome de déficience immunitaire acquise, un cancer et une douleur aiguë ont été exclues. Les études proviennent de Medline, CINAHL, PsychInfo et Cochrane de 1985 à 2005. Le type d'études recherchées n'est pas mentionné. Oui, l'échantillon est conséquent, il regroupe un total de 482 participants sur les trois articles retenus et les interviews des auteurs. Un total de 42 résumés a été revu, et 17 textes d'articles intégraux ont été récupérés. De ceux-ci, seulement trois ont rempli les critères d'inclusion pour cette étude. Peu d'études dans la littérature traitent des croyances et des attitudes au sujet des médicaments contre la douleur chez les patients avec de la douleur chronique non maligne. Ils ont retenu : <ul style="list-style-type: none"> <li>- une étude sur les croyances au sujet des risques liés aux médicaments et les bénéfices de patients avec de l'arthrose de Berry, Bradlow et Berselline (2004) → 81 participants</li> <li>- L'étude trans-sectionnelle de Neame et Hammond (2005) → 344 participants</li> <li>- Une étude de Donovan et Blake (1992) → 54 participants</li> <li>- 2 autres sources critiques pour les preuves : The National Guideline Clearinghouse Guideline for the Assessment and Management of Chronic Pain (2005)</li> <li>- Interviews qualitatives des auteurs avec patients avec de la douleur chronique non maligne de Monsivais (2004) → 3 participants</li> </ul>
<b>Collecte des données et mesures</b> -Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ? -Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	Oui, il s'agit d'un tableau de résultats contenant les articles classés d'après le but, la durée de l'étude, le devis, les critères d'inclusion, la taille de l'échantillon, les résultats et les conclusions, les commentaires. Les différents articles retenus y sont inclus et les catégories susmentionnées sont remplies. Les variables sont décrites mais ne sont pas opérationnalisées : les croyances au sujet des risques liés à la médication chez les patients d'une clinique de rhumatologie, comportements de prise des médicaments, constructions culturelles de la douleur chronique chez des femmes Mexicaines Américaines, facteurs liés à des médicaments spécifiques, croyances influençant l'adhérence

<p><b>Déroulement de l'étude</b></p> <p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<p>Oui la procédure de recherche est décrite. Un libraire d'une université de santé a confectionné une stratégie de recherche utilisant les termes spécifiques des bases de données pour Medline, CINAHL, PsychInfo et Cochrane de 1985 à 2005. Les résumés en rapport avec la compliance ont été projetés avec les critères d'inclusion pour la revue intégrée, par le premier auteur. Les articles qui ont rempli ces critères ont été retenus. Les listes de références ont été projetées pour une recherche d'articles plus pertinente. Les données ont été résumées par des fiches de recueil, et les tableaux de preuves ont été créés pour assister la revue.</p> <p>Rien n'est mentionné à ce sujet, il s'agit d'une sélection de revues de littératures.</p>
<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement des données</p>	<p>Les résultats sont présentés sous forme de textes et de tableaux.</p>
<p><b>Présentation des résultats</b></p> <p>-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?</p>	<p>Oui, les résultats sont présentés dans un tableau classant les articles analysés par les auteurs d'après la date de parution, le but, le devis, les résultats et les commentaires. Voici l'extrait du texte à ce propos : Berry, Bradlow et Berselline (2004) ont examiné les croyances au sujet des risques liés aux médicaments et les bénéfices dans un échantillon de 81 patients avec de l'arthrose et ont trouvé que si les bénéfices perçus étaient élevés, les patients seraient d'accord de risquer les effets secondaires en prenant les médicaments. Des patients allant à la clinique de rhumatologie dans cette étude, 31% des nouveaux patients et 25% des patients établis ont stoppé certains de leurs médicaments à cause des effets secondaires. L'étude transversale de Neame et Hammond (2005) a utilisé un sondage par poste au sujet des croyances sur les médicaments. Il s'agit d'un questionnaire de 344 répondants souffrant d'arthrose investiguant quels sont les facteurs étaient liés aux croyances spécifiques et si les croyances influencent l'adhérence. Des niveaux plus élevés de préoccupations au sujet de leurs médicaments liés à l'arthrose s'associaient avec la non-adhérence dans cette étude. Dans une autre étude de Donovan et Blake (1992), les patients ont « testé » la médication en réduisant le dosage ou en arrêtant de la prendre s'ils ne remarquaient aucun bénéfice. Souvent, les patients ne savaient pas combien de temps la médication allait réellement être effective, mais ils avaient une idée préconçue de comment le cadre du temps devait être et puis, ils arrêtaient de prendre le médicament quand ils ne voyaient pas de résultats dans le temps attendu. Deux autres sources critiques pour les preuves incluaient The National Guideline Clearinghouse Guideline for the Assessment and Management of Chronic Pain (2005) et les interviews préliminaires d'auteurs sur ce problème avec les patients qui ont des douleurs chroniques. The National Guideline Clearinghouse Guideline for the Assessment and Management of Chronic Pain décrit les médicaments comme étant des éléments critiques du plan de traitement et appelle à une évaluation des peurs liées à la médication ou aux mauvaises conceptions parce qu'elles peuvent mener à une pauvre adhérence. Le niveau de preuve soutenant ces recommandations de pratique n'est pas cité. Les interviews qualitatives d'auteurs avec 3 patients avec de la douleur chronique non maligne ont montré que les patients perçoivent les médicaments antalgiques comme étant quelque chose qui devrait être gardé au cas où la douleur se péjore ultérieurement et que cela crée une dépendance, ce qui est considéré comme préjudiciable. Les participants à cette étude se sont auto-identifiés d'ethnicité Mexicaine Américaine, anglophones, âgés de 18 ans et plus, avec des symptômes de douleur chronique non maligne depuis 1 an et plus. Certaines citations des participants dans cette étude incluent les suivantes :</p>

	<p>« Je ne peux pas prendre de médicaments pour ceci et les médicaments pour cela, parce que sinon, que ce passera-t'il si j'ai réellement besoin de médicaments plus tard et qu'ils ne peuvent rien faire pour moi ? »</p> <p>« Je ne veux pas que mon corps s'habitue à cela. Je peux le prendre uniquement lorsque j'en ai réellement besoin, sinon, il ne va pas faire effet. Alors c'est pourquoi j'ai pris du recul au sujet de la prise de médicament. »</p> <p>« Parce que je devrai apprendre à vivre avec la douleur. ...pas pour laisser quelque chose d'autre la contrôler pour moi, mais pour être capable de supporter la douleur. »</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p><b>Intégration de la théorie et des concepts</b></p> <p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p> <p>-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?</p> <p>-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?</p>	<p>Oui, ils sont interprétés d'après le cadre conceptuel et les recherches antérieures. Voici l'extrait du texte à ce propos : « La recherche sur les médicaments de tous types montre que les préoccupations au sujet de la dépendance, les effets secondaires néfastes et si le médicament est réellement nécessaire, ont tous une part importante pour déterminer si le patient va prendre les médicaments tels que prescrits. De plus, il pourrait y avoir une association culturelle concernant les croyances au sujet du mal inhérent à la médication. Les attitudes concernant les médicaments contre la douleur et les croyances peuvent être essentiellement influencées par la culture du système de soins de santé, la société contemporaine et les origines culturelles des patients, lesquelles convergent toutes en influençant l'adhérence du patient à la médication. La recherche sur la médication contre la douleur en particulier ajoute des informations sur le fait que les hauts niveaux de préoccupations sont positivement corrélés avec la non-adhérence, les idées préconçues au sujet de quand le médicament doit commencer à faire effet, ce qui peut mener à ce que le patient interrompe la prise avant que le médicament commence à faire effet, et les patients peuvent percevoir que si la médication est prise régulièrement pour contrôler leur douleur courante, il peut ne pas être efficace à l'avenir si la douleur augmente. La recherche a aussi montré que si les patients perçoivent des bénéfices en prenant un médicament contre la douleur comme élevés, ils seront d'accord de risquer les effets secondaires (Berry, Bradlow &amp; Bersellini, 2004) ».</p> <p>Oui, les chercheurs disent à ce propos que lorsque la recherche a été effectuée sur les croyances au sujet de la médication, en général, elle a été utilisée comme une lentille avec laquelle examiner la recherche sur les croyances au sujet de la médication pour contrôler la douleur chronique.</p> <p>Les chercheurs tiennent compte des limites de l'étude. Il en ressort notamment ceci « Malgré que le design différent de l'étude et que le manque de recherche dans ce domaine ne constitue pas un haut niveau de preuve en faisant des recommandations pour la pratique, les études apportent une attention renouvelée à l'importance de prendre le temps pour apporter un enseignement au patient ».</p>
<p><b>Perspectives futures</b></p> <p>-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?</p>	<p>Oui, les chercheurs traitent des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir. Les conséquences de l'étude sur la pratique clinique : « les recommandations pour l'enseignement au patient peuvent inclure les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Décrire pourquoi la médication a été prescrite et insister sur les résultats désirés pour toutes les thérapies, dans lesquelles les médicaments jouent une part importante. Certains de ces résultats désirés sont un sommeil amélioré, une dépression réduite, un fonctionnement augmenté. L'insistance devrait être placée sur le fait que la médication est considérée comme une part nécessaire du traitement, et que de contrôler le symptôme de la douleur est important pour des résultats pleins de succès.</li> </ol>

	<p>2. Les idées du patient au sujet des médicaments, incluant les peurs de l'addiction et les problèmes de dépendance, devraient être discutées avec le soignant quand la médication est prescrite. Commencer une discussion sur les effets secondaires et les effets possibles à long terme pour que le patient ait une compréhension appropriée à leur sujet. Une gestion appropriée des effets secondaires peut faire partie du plan d'enseignement pour le patient ait du contrôle sur eux.</p> <p>3. Un cadre de temps sur quand la médication devrait commencer à faire effet est important pour partager pour que le patient n'arrête pas de prendre les médicaments prématurément. »</p> <p>La dernière recommandation concerne plutôt les travaux de recherche à venir.</p> <p>4. « Discuter de l'idée d'un modèle de douleur chronique et comment il diffère d'un modèle de douleur aiguë. ».</p> <p>Voici un autre extrait parlant des travaux de recherche à venir : « Parce que les médicaments contre la douleur sont une composante critique de la thérapie, il est important qu'ils soient utilisés tels que prescrit. Les croyances et les attitudes au sujet des médicaments sur la douleur, influencées par le système de soins de santé, la société contemporaine et la propre culture du patient, doivent être explorées. Les bénéfices en prenant la médication devraient être accentués pour que le patient se focalise sur les aspects positifs plutôt que sur les risques ».</p>
<b>Questions générales</b>  <b>Présentation</b>  -L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	L'article est plus ou moins bien structuré, il comprend un abstract (rédigé en un seul bloc), un corps de texte (qui débute sans aucune introduction), l'objectif, la méthodologie, les résultats, le résumé (correspond à la discussion) et la conclusion.
<b>Evaluation globale</b>  -L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	<p>L'étude donne des recommandations pour l'enseignement au patient qui sont utiles à l'infirmière qui doit distribuer des médicaments contre la douleur chronique. Dans la méthode, les caractéristiques de l'échantillon ainsi que le déroulement de l'étude sont mélangés.</p> <p>Les recommandations faites au sujet de la pratique clinique peuvent être mises en pratique par l'infirmière à l'exception des aspects relevant de la prescription médicamenteuse.</p>

**Appendice I : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Nicklas, L. B., Dunbar, M., Wild, M. (2010). Adherence to pharmacological treatment of non-malignant chronic pain: The role of illness perceptions and medication beliefs. <i>Psychology and Health</i> , 25(5), 601-615.
<b>Titre</b>  -Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Peu clair. Le titre n'est pas assez développé. Il parle bien de la problématique, cependant, il ne met pas assez en avant le fait que l'applicabilité du modèle auto-régulatoire de Leventhal (The self-regulatory model ou SRM) sera testée d'après un modèle d'équation structurale du SRM (version étendue du SRM), pour voir s'il peut expliquer la non-adhérence dans le contexte de la douleur chronique
<b>Résumé</b>  -Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	L'abstract présente les parties principales (introduction, objectif, cadre théorique, méthodologie, résultats), cependant, elle consitue un bloc sans distinction nette entre ces dernières, c'est au lecteur que revient la tâche de faire cet exercice.
<b>Introduction</b>  Enoncé du problème  -Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	Oui. L'introduction présente le modèle autorégulatoire de Leventhal comme étant le seul pouvant être appliqué à un large ensemble de maladies spécifiques. Les représentations cognitives et émotionnelles de la maladie sont les éléments clés de ce modèle. Ce dernier stipule également que les perceptions de la maladie influencent les comportements d'adaptation (coping), incluant l'adhérence au traitement et les résultats de santé chez les patients ayant ces maladies. L'étude vise donc à tester l'applicabilité du modèle SRM étendu (d'après l'étude de Horne et Weinman) en utilisant leur modèle d'équation structurale pour cet échantillon de patients atteints de douleur chronique (=but central de l'étude).
<b>Recension des écrits</b>  -Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	Oui. La problématique est documentée au-travers de diverses recherches et de référence à la littérature au sujet de l'adhérence dans le contexte de la douleur chronique. Définition de la douleur chronique, pourcentage de personnes souffrant de maladies chroniques en Europe, taux de maladies mentales chez les personnes souffrant de maladies chroniques en Europe, résistance de la douleur chronique au traitement, association de la non-adhérence significative avec la médication prescrite, sous-développement de la littérature dans la douleur chronique, plusieurs facteurs sont des prédicteurs de l'adhérence au traitement dans les conditions chroniques, les soucis au sujet de la médication sont inversement corrélés à l'adhrence aux analgésiques, présentation du modèle d'auto-régulation, dimensions des perceptions de la maladie dans le modèle d'auto-régulation de Leventhal, présentation du Illness Perceptions Questionnaire, les hauts niveaux de préoccupation au sujet de la médication sont associés avec des bas niveaux d'adhérence, importance des stratégie d'acceptation pour gérer la douleur.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	Peu clair. Les concepts sont tous décrits mis à part l'adhérence et les croyances au sujet des médicaments. Concepts : douleur chronique, perceptions de la maladie, croyances au sujet des médicaments (pas de définition), adhérence

<p>-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?</p>	<p>Théories : Modèle auto-régulateur de Leventhal ou SRM, modèle d'équation structurale du SRM</p>
<p><b>Hypothèses</b></p> <p>-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?</p> <p>-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?</p>	<p>Oui, les hypothèses sont formulées mais elles concernent l'applicabilité du modèle SRM pour prédire l'adhérence au traitement de la douleur chronique. Les voici :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les patients qui ont des perceptions, de sérieuses conséquences de leur douleur et des niveaux émotionnels élevés ont plus de préoccupations au sujet de la médication et sont moins adhérents.</li> <li>- La perception des sérieuses conséquences de la maladie sont aussi associées avec des fortes croyances au sujet de la nécessité des médicaments et une plus grande adhérence.</li> <li>- Les croyances au sujet de la maladie et la médication sont associées avec l'adhérence au traitement dans la douleur chronique.</li> </ul> <p>Oui, elles découlent des recherches ayant évalué le SRM et ses dimensions avant de voir la nécessité d'intégrer les croyances concernant la médication à travers le modèle d'équation structurale. Selon la littérature, les croyances concernant la médication sont un élément significatif par rapport à l'adhérence dans la douleur chronique.</p>
<p><b>Méthodes</b></p> <p><b>Devis de recherche</b></p> <p>-Le devis de recherche est-il décrit ?</p>	<p>Oui, il s'agit d'une étude transversale, donc d'un devis quantitatif. Les participants souffrent de douleur chronique non maligne et prennent une variété de médicaments contre la douleur. L'étude a lieu dans des cliniques de la douleur basées dans un hôpital à Glasgow. Ces participants ont été recrutés durant une période de 4 mois. Ils ont rempli les questionnaires de l'étude. Ces questionnaires permettent de mesurer la fréquence des comportements relevant des dimensions des perceptions de la maladie, des croyances au sujet des médicaments, du degré d'adhérence aux médicaments et l'intensité de la douleur chronique.</p>
<p><b>Population et contexte</b></p> <p>-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?</p> <p>-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?</p>	<p>Il s'agit de participants atteints de douleur chronique non maligne qui prennent des médicaments contre la douleur et participent à l'étude dans les cliniques de la douleur basées à l'hôpital de Glasgow. Ils comprennent et écrivent l'Anglais. Les états de douleurs sont hétérogènes. Les participants représentent un large panel d'âge et d'éducation, ils viennent de cliniques de la ville, 35% des participants ont arrêté l'école sans qualifications. Ils ont des douleurs en moyenne depuis 10 ans, mais cela s'étend de 6 mois à 42 ans. Les niveaux de douleurs vont en moyenne de 8 à 10 sur l'échelle de la douleur. 2/3 des participants ont des douleurs situées à plus d'un endroit. Les sites de la douleur sont : le bas du dos, les jambes, le cou. Les participants prennent un large ensemble de médicaments avec 51 préparations différentes qui ont été reportées. Les participants ont été recrutés durant une période de 4 mois et ont reçu l'information au sujet de l'étude lors des visites dans les cliniques de la douleur du nord de Glasgow avant de venir dans le lieu de l'étude. Toute cette partie susmentionnée décrit clairement l'échantillon. Le seul bémol est que les chercheurs ne mentionnent pas l'âge moyen des participants, ni leur sexe.</p> <p>Oui, le taux de participation était de 64% (400 copies du questionnaire ont été faites et 256 ont été retournées). 18% des questionnaires ont été rejetés pour cause de données manquantes. L'échantillon restant est hétérogène et comprend 217 patients qui souffrent de</p>



	<p>douleur chronique non maligne et prennent des médicaments contre la douleur. De plus, il est mentionné qu'un calcul formel de la taille de l'échantillon a indiqué que 212 patients étaient requis pour que le pouvoir de l'étude soit adéquat.</p>
<p>Collecte des données et mesures</p> <p>-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?</p> <p>-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?</p>	<p>Oui, l'étude a adopté 4 mesures standardisées d'auto-report en addition aux questions concernant les variables démographiques et cliniques. Ces 4 instruments de mesure sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><u>IPQ-R (Illness perceptions questionnaire revised) de Moss-Morris (2002)</u></b> → évalue chacune des 5 dimensions identifiées dans la recherche dans les modèles de maladie chronique pour les patients. Cet instrument identifie <b><u>l'identité</u></b> (mesure les symptômes que le patient voit comme faisant partie de leur douleur chronique (raideur d'articulations, fatigue), <b><u>la cause</u></b> (identifie les idées personnelles au sujet de l'éthiologie telles qu'un accident ou le vieillissement), <b><u>la ligne du temps</u></b> (identifie combien de temps le patient pense que sa douleur chronique va durer), <b><u>les conséquences</u></b> (indiquent les effets attendus et le résultat de leur douleur (sérieuses conséquences financières), et <b><u>la dimension de guérison/contrôle</u></b> (évalue les croyances au sujet de la mesure avec laquelle la douleur peut être contrôlée ou guérie (rien de ce que je fais n'affectera ma douleur).</li> <li>- <b><u>BMQ (Beliefs about medicines questionnaire) de Weinman et Hankins (1999)</u></b> → mesure les croyances des patients au sujet des médicaments prescrits contre la douleur avec deux échelles : <b><u>une qui mesure les préoccupations des patients au sujet de leur médication, l'autre échelle mesure les croyances au sujet de la nécessité de leur médication.</u></b></li> <li>- <b><u>MARS (Medication adherence report scale) de Horne et Hankins (2001)</u></b> → questionnaire de report évaluant le degré d'adhérence aux médicaments prescrits. Il mesure la fréquence de 5 comportements de non-adhérence (<b><u>décider de sauter une dose, oublier de prendre une dose, altérer une dose, arrêter une dose, prendre une dose durant une période et en prendre moins que recommandé</u></b>).</li> <li>- <b><u>PNRS (Pain numerical rating scale)</u></b> → <b><u>mesure la gravité de la douleur du patient</u></b> en lui demandant de coter sa douleur sur une échelle de 0 à 10, alors que 10 indique la douleur la plus grave.</li> </ul> <p>Oui, elles sont décrites et opérationnalisées ci-dessus dans la présentation des instruments de mesure.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p> <p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<p>Oui, les participants ont été recrutés durant une période de 4 mois et ils ont été informés que l'étude aurait lieu auprès de tous les patients des cliniques de la douleur du nord de Glasgow avant la participation clinique. Les patients pouvaient opter pour participer à l'étude lors de leur rendez-vous à leur clinique. Les participants pouvaient compléter les questionnaires à la clinique ou les retourner dans une enveloppe munie d'un timbre fournie à cet effet.</p> <p>Oui, l'approbation a été acquise par les comités locaux d'éthique (Glasgow Primary Care and North Glasgow Hospital Committees). Les recommandations éthiques excluaient l'accès aux détails des non-répondants, mais les participants étaient comparés avec des données d'un audit de nouveaux patients des cliniques de la douleur de Glasgow.</p>

<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement des données</p> <p>-Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	<p>Oui, l'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel Statistical package for the Social Sciences (SPSS) for Windows statistical software Package.</p>
<p>Présentation des résultats</p> <p>-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?</p>	<p>Oui.</p> <p><b>Echelles concernant les perceptions de la maladie :</b></p> <p>Les écarts-types des échelles figurent dans le tableau. La plupart des gens voient leur douleur comme chronique (84%) et cyclique (55%). Les participants ont reporté que leur douleur avait de sérieuses conséquences sur leur vie (72%). Seuls 36% ont le sentiment d'avoir le contrôle sur leur douleur et ont confiance dans l'efficacité de leur médication pour contrôler leur douleur. Plus de la moitié de l'échantillon (58%) ont une forte réponse émotionnelle envers leur douleur. Les participants ont donné ces réponses par rapport à leurs perceptions des causes de la maladie : la malchance (pour la plupart, 42% ont agréé ou fortement agréé avec cette réponse comme agent causal), un accident (41%), le vieillissement (33%) ou le statut émotionnel par ex. se sentir mal, seul, anxieux (28%).</p> <p><b>Croyances au sujet des médicaments :</b></p> <p>64% des participants acceptent ou acceptent fortement que leurs médicaments sont nécessaires, 42% acceptent ou acceptent fortement qu'ils aient des préoccupations au sujet des médicaments et 22% trouvent à la fois que les médicaments sont nécessaires et ont des préoccupations au sujet des médicaments.</p> <p><b>Echelle de report de l'adhérence à la médication :</b></p> <p>Comme il a été mentionné plus haut, l'échelle MARS était positivement biaisée. 25% des scores des participants se retrouvaient au-dessus du point central de l'échelle. Les analyses ont été conduites avec ou sans l'item additionnel « je prends plus de médicaments que prescrits » et les résultats n'ont pas changés.</p> <p><b>Pourcentage de non-adhérence :</b> « j'oublie de prendre les médicaments » (19%), « j'altère la dose » (34%), « j'arrête de les prendre un moment » (21%), « je décide de manquer une dose » (26%), « je prends moins qu'enseigné » (24%), « je prend plus qu'enseigné » (26%).</p> <p><b>Relations entre les variables démographiques et cliniques et l'adhérence :</b></p> <p>Les coefficients de corrélation de Pearson entre les variables de l'étude et l'adhérence ont été démontré dans le tableau 1. L'âge est significativement corrélé avec l'adhérence, ce qui indique que les participants plus âgés sont plus adhérents à la médication contre la douleur que les participants plus jeunes. Les participants avec plus d'éducation sont aussi plus adhérents. Le genre n'a pas significativement été associé à l'adhérence. La cotation de l'intensité de la douleur par les participants était la seule variable</p>

	<p>significative en-dehors des variables cliniques qui indique que ceux qui ont une plus grande douleur sont plus adhérents à la médication.</p> <p><b>Relations entre les perceptions de la maladie et l'adhérence :</b></p> <p>Les coefficients de corrélations entre les échelles IPQ-R et l'adhérence sont affichés dans le tableau 1. Les scores les plus élevés de la sous-échelle de la ligne du temps cyclique ont été associés à une adhérence plus basse. La perception d'une ligne du temps chronique a été associée avec une plus grande adhérence. Les niveaux perçus de contrôles les plus élevés ont été associés avec une adhérence plus basse. Les conséquences, l'identité de la maladie, le contrôle du traitement, les sous-échelles de cohérence de la maladie et émotionnelles n'ont pas été associées significativement à l'adhérence.</p> <p><b>Relations entre les croyances au sujet des médicaments et l'adhérence :</b></p> <p>Le tableau 1 montre que les scores de nécessité dans le BMQ comme significativement corrélés à l'adhérence, avec ceux qui ont des croyances de nécessité plus élevés qui sont plus adhérents. Les scores de l'échelle des préoccupations du BMQ sont significativement corrélés avec l'adhérence, ce qui indique que ceux qui ont des préoccupations plus élevées sont moins adhérents avec leur médication.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p> <p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p> <p>-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?</p> <p>-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?</p>	<p>Oui. Les résultats sont interprétés par rapport au cadre de référence, à savoir, le modèle d'équation structurale. Les variables de ce dernier sont interprétées par rapport au concept de l'adhérence reportée. Les résultats sont également mis en lien avec ceux obtenus dans des recherches antérieures afin d'examiner leur compatibilité. L'étude a examiné le rôle des croyances au sujet de la maladie et à la médication dans l'adhérence reportée à la médication prescrite contre la douleur chronique. Les croyances au sujet de la maladie et à la médication sont liées à l'adhérence au niveau bivarié et un modèle d'équation structurale incluant ces variables a été un bon ajustement pour la donnée.</p> <p>Oui. Les résultats sont préliminaires et requièrent de la réplication. Des études ultérieures devraient explorer le rôle que l'émotion a sur les stratégies d'adaptation (coping) dans la douleur chronique. Les interventions devraient se focaliser sur les croyances non aidantes qui réduisent l'adhérence. Le modèle de l'équation structurale est un bon ajustement pour la population souffrant de douleur chronique mais il diffère d'un modèle s'ajustant à la population souffrant d'asthme, il requiert donc d'être répliqué afin de déterminer sa fiabilité.</p> <p>Oui. Le modèle de l'équation structurale qui est un bon ajustement pour cette population diffère du modèle qui s'ajuste à la population souffrant d'asthme et requiert de la réplication pour déterminer sa fiabilité. Le devis transversal empêche l'exploration de la direction de la causalité, laquelle, étant donné la nature de la dynamique du SRM, peut être complexe quand il observé à travers le temps. Les résultats de mesure de l'adhérence par l'autoreport. L'autoreport est moins précis que les mesures objectives d'adhérence mais il a été démontré comme une approximation utile de l'adhérence quand les mesures objectives sont indisponibles. Cela vaut la peine de considérer la petite taille de l'effet de cette étude. La variance dans l'adhérence expliquée par les variables du SRM est plus petite que celle trouvée dans les populations souffrant de maladie chronique, par exemple l'asthme (Horne et</p>

	<p>Weinman, 2002). Une explication pour cette différence réside dans le fait que l'échantillon est plus hétérogène que ceux employés dans d'autres domaines. L'échantillon de cette étude inclut des individus souffrant d'une variété de douleurs différentes qui prenant un nombre de différents types de médication. Il est possible que ce modèle soit un meilleur ajustement pour certaines conditions de douleur et à certains types de médicaments que pour d'autres. Etant donné qu'il y a peu de recherche publiée sur l'adhérence aux médicaments analgésiques dans la population souffrant de douleur chronique, nous n'avons pas trouvé de raison empirique de restreindre l'échantillon. Comme dans toutes les études, de petites corrélations entre les variables peuvent être mises sur le compte d'autres facteurs, pas encore identifiés dans la littérature de la maladie chronique ou les effets de méthodes.</p>
<p><b>Perspectives futures</b></p> <p>-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?</p>	<p>Oui. Conséquences pour la pratique clinique à venir : Les résultats de cette étude fournissent un modèle pour comprendre la non-adhérence qui peut être utilisé pour suggérer des changements dans les pratiques cliniques ; l'étude démontre que les croyances liées à la médication ont un effet saillant et direct sur l'adhérence des patients souffrant de douleur chronique. Les résultats peuvent être utiles pour améliorer le design des notices d'emballages des médicaments pour les patients afin d'apaiser les préoccupations des patients concernant les effets secondaires, par exemple, en y incluant une discussion sur les effets positifs de la médication analgésique contre la douleur. Elle peut entraîner les patients à améliorer leurs compétences de gestion de leur stress et les aider à baisser la réponse émotionnelle et indirectement améliorer l'adhérence chez les patients souffrant de douleur chronique en réduisant l'étendue de leurs préoccupations concernant leur traitement. Conséquences pour les travaux de recherche à venir : Individuellement, les cliniciens pourraient utiliser le BMQ pour détecter les croyances liées aux médicaments qui sont problématiques chez les patients avec une faible adhérence afin de cibler ces croyances durant la consultation. Explorer ultérieurement le rôle que l'émotion a sur la prise de médicaments dans la douleur chronique en incluant une mesure complète de l'anxiété et de la dépression dans une étude longitudinale. Les niveaux de dépression et leur impact sur l'adhérence dans la douleur chronique devraient être mesurés dans les futures études.</p>
<p><b>Questions générales</b></p> <p><b>Présentation</b></p> <p>-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?</p>	<p>Peu clair à certains endroits mais bien développé de manière générale. L'article est bien écrit mais les différentes parties ne sont pas bien structurées. L'abstract constitue un bloc sans distinction entre les différentes parties (objectif, devis, déroulement de l'étude, méthode, résultats, conclusions). Dans la méthode, la distinction n'est pas faite entre les critères d'inclusion de l'étude et le déroulement de cette dernière, ces deux éléments figurent dans la même partie. Les critères d'exclusion ne sont pas mentionnés. La conclusion n'est pas annoncée, mais l'article passe directement aux applications pour la pratique.</p>
<p><b>Evaluation globale</b></p> <p>-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?</p>	<p>Oui. Elles permettent à l'infirmière de prendre connaissance des facteurs à prendre en compte lorsqu'elle distribue des analgésiques à des patients souffrant de douleur chronique. Elles permettent également à l'infirmière d'être attentive aux représentations des patients en leur posant des questions ayant pour but de les mettre en évidence.</p>

**Appendice J : Grille de lecture d'un article scientifique, approche quantitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Broekmans, S., Dobbels, F., Milisen, K., Morlion, B., Vanderschueren, S. (2010). Determinants of medication underuse and medication overuse in patients with chronic non-malignant pain: A multicenter study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 47, 1408-1417.
<b>Résumé</b> -Contient-il les principales parties de la recherche ?	Oui. Les principales parties de la recherche sont bien structurées et argumentées : background, objectifs, devis, déroulement de l'étude, participants, méthode, résultats et conclusion.
<b>Titre</b> -Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Oui. Le titre décrit ce que les chercheurs vont faire, à savoir, mettre en lumière les déterminants de la sous-utilisation et de la surutilisation de la médication chez les patients souffrant de douleur chronique non maligne.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème -Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	Oui. Avant l'introduction, il y a deux parties qui résument à la fois l'état des connaissances sur le sujet et la plus-value de cet article. Ce qui est déjà connu à propos du sujet : la non-adhérence médicamenteuse est un problème fréquent dans les conditions chroniques, les 5 déterminants de la non-adhérence médicamenteuse de l'OMS (facteurs socio-économiques, le système de santé, l'état de santé, le traitement et le patient), peu d'études disponibles sur la non-adhérence. Plus-value de l'article : la non-adhérence médicamenteuse apparaît fréquemment chez les patients atteints de douleur chronique non maligne, avec la sous-utilisation apparaissant plus souvent que la surutilisation, les patients sous-utilisant et surutilisant leurs médicaments contre la douleur ont un profil de risque différent, les facteurs influençant définis par le cadre de référence de l'OMS sont moins adaptés à l'étude des déterminants de la surutilisation de médicaments. Ensuite, l'introduction se poursuit en développant la problématique. Définition de l'adhérence selon Sabaté (2003), état de la littérature au sujet de la non-adhérence, distinction entre sous-utilisation et surutilisation, données statistiques sur la non-adhérence de sous-utilisation et de surutilisation, hypothèse, pertinence de l'étude (étudier les déterminants ou les facteurs de risques de la non-adhérence est pertinent en tant que premier pas vers les interventions améliorant l'adhérence), cadre de référence : OMS (2003), but de l'étude est d'investiguer si le modèle des 5 catégories interagissant entre elles s'applique à une population souffrant de douleur chronique non maligne et si ce modèle peut être appliqué pour établir le profil de risque pour à la fois la non-adhérence de sous et de surutilisation
<b>Recension des écrits</b> -Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	Oui, l'adhérence est un problème commun qui touche de 8% à 53%, modèle de l'OMS incluant 5 déterminants de la non-adhérence médicamenteuse, facteurs socio-économiques de la non adhérence, différentes échelles permettant de mesurer les variables de non-adhérence.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	Oui. Les différents concepts sont clairement définis. L'adhérence, non-adhérence, non-adhérence de sous-utilisation et de surutilisation → si le patient prend plus de médicaments prescrits, non-adhérence de sous et surutilisation, adhérence non intentionnelle, non-adhérence intentionnelle, déterminants de la non adhérence de l'OMS, auto-médication.

<b>Hypothèses</b>  - Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?  - Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	<p>Oui. Etant donné les différences de comportement, on peut supposer que les profils de risque de la sous-utilisation ou de la surutilisation médicamenteuse peuvent différer. Investiguer si le modèle des 5 catégories interagissant entre elles s'applique à une population souffrant de douleur chronique non maligne et investiguer si ce modèle peut être appliqué pour établir le profil de risque pour à la fois la non-adhérence de sous et de surutilisation.</p> <p>Oui. Elles découlent de l'état des connaissances théoriques étant donné qu'elles sont basées sur le cadre de référence de l'OMS et cherchent à confirmer des hypothèses en lien avec celui-ci. Ces hypothèses découlent de la littérature, les chercheurs veulent investiguer si ce modèle utilisant simultanément les 5 facteurs est applicable, étant donné que les recherches ont tendance à se focaliser sur un seul ou sur un nombre limité de déterminants.</p>
<b>Méthodes</b>  <b>Devis de recherche</b>  - Le devis de recherche est-il décrit ?	<p>Oui. L'adhérence médicamenteuse a été mesurée par une interview d'autoreport développée pour le but de cette étude. Les patients devaient indiquer leur schéma de médication durant la semaine précédente, combien de fois ils prenaient plus de médication que prescrit (jamais, une fois, plusieurs fois ou quotidiennement) et combien de fois ils prenaient moins de médication que prescrit (jamais, une fois, plusieurs fois ou quotidiennement). Les chercheurs ont utilisé le schéma de médication prescrit par le centre de la douleur (basé sur le passage en revue des dossiers médicaux) comme standard pour définir l'adhérence médicamenteuse. Les chercheurs ont utilisé une coupure stricte pour déterminer la non-adhérence. Selon les résultats, les patients étaient classés soit comme non-adhérent sous-utilisateurs, non-adhérents sur-utilisateurs, non-adhérents sous et sur-utilisateur, en comparaison aux adhérents. Des items ont été introduits pour distinguer les non-adhérents intentionnels et non intentionnels.</p>
<b>Population et contexte</b>  - La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?  - La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	<p>Oui. L'échantillon est suffisamment détaillé. Il comprend les patients souffrant de douleur chronique non maligne qui ont été recrutés dans 3 centres ambulatoires multidisciplinaires de la douleur. Les patients éligibles pour l'étude remplissent ces différents critères : avoir une douleur chronique non maligne, avoir un traitement pharmacologique contre la douleur (non opioïde, opioïde ou analgésiques atypiques), avoir au moins eu 2 consultations précédentes dans le centre de la douleur, avoir au moins eu 1 consultation durant l'année précédente, avoir 18 ans et plus, être de langue néerlandaise, être capable d'être interviewé (absence de démence, de retard mental et d'illétrisme). 1186 patients ont été planifiés pour la consultation. Après avoir revu les dossiers médicaux, 372 patients qui remplissaient les critères d'inclusion ont été sélectionnés. Parmi ceux-ci, 265 patients (71%) ont été interviewés. Afin de rendre visibles les étapes de sélection des participants, une liste des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude est disponible à la page 1411 avec le nombre de patients correspondant à chaque critère.</p> <p>Oui. La taille de l'échantillon est appropriée pour cette recherche, il comprend 101 patients adhérents et 164 patients non-adhérents (107 sous-utilisateurs, 36 sur-utilisateurs et 21 patients mixtes). Cependant, le groupe de sur-utilisateurs est petit par rapport à celui des sous-utilisateurs.</p>
<b>Collecte des données et mesures</b>  - Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	<p>Oui. Les patients devaient remplir différents questionnaires. Les chercheurs ont utilisé le schéma de médication prescrit par le centre de la douleur (basé sur la revue des dossiers médicaux) comme standard pour définir l'adhérence médicamenteuse. Selon les réponses données, les différents niveaux de non-adhérence ont pu être mesurés. Voici les questionnaires qu'ils ont dû remplir :</p>

<p>-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><u>Interview pour la mesure auto-reportée d'adhérence à la médication développée pour le besoin de cette étude.</u></b> → les patients doivent reporter leur schéma de médication durant la semaine précédente.</li> <li>- <b><u>NRS</u></b> → mesure l'intensité de la douleur sur une échelle numérique de 0 à 10, avec des scores plus élevés indiquant plus de douleur</li> <li>- <b><u>HADS</u></b> → échelle qui mesure la dépression et l'anxiété</li> <li>- <b><u>VPMI</u></b> → Vanderbilt Pain Management Inventory → mesure la fréquence avec laquelle les patients chroniques utilisent des stratégies de coping actives ou passives quand la douleur atteint un niveau d'intensité modéré ou élevé</li> </ul> <p>Oui. Les variables sont décrites et opérationnalisées de manière claire en fonction du standard d'adhérence fixé par le schéma de médication prescrit par le centre de la douleur. Il s'agit des variables suivantes : non-adhérence, non-adhérence de sous-utilisation, non-adhérence de sur-utilisation, non-adhérence de sous et sur-utilisation (mixte), adhérence non intentionnelle, non-adhérence intentionnelle, adhérence.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p> <p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<p>Oui. Trois chercheurs entraînés à interviewer le patient et n'étant pas impliqués dans les soins cliniques du centre de douleur ont passé en revue les dossiers médicaux des patients qui étaient prévus pour une consultation au centre ambulatoire de la douleur et ont examiné les critères d'inclusion et d'exclusion. Quand les patients remplissaient les critères d'étude, le chercheur les contactait par téléphone 1 semaine avant la visite planifiée au centre de la douleur, et expliquait l'étude d'une manière standardisée et leur demandait un consentement oral éclairé. Si le patient acceptait de participer, il était invité à venir à la clinique 30 minutes plus tôt. Après avoir obtenu le consentement écrit, le chercheur menait l'interview et montrait au patient comment compléter les questionnaires additionnels (NRS, HADS, VPMI). L'étude avait lieu dans une chambre séparée avant la consultation prévue avec le médecin, pour éviter que le patient ne se rappelle du schéma de médication. Tous les médecins travaillant dans les centres de la douleur participant à l'étude, ont été informés de cette étude. Il leur a été demandé de ne pas altérer leur comportement de prescription. Les réponses ont été gardées confidentielles par rapport aux membres de l'équipe. Toutes les données ont été codées et analysées ultérieurement de manière anonyme. Seule l'équipe de recherche avait accès aux données originales.</p> <p>Oui. Les mesures éthiques nécessaires ont été prises. L'approbation éthique a été donnée par le comité d'éthique des hôpitaux universitaires de Leuven et des comités locaux des centres de la douleur participant à l'étude.</p>
<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement des données</p> <p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	<p>Oui. Des analyses de statistiques ont été entreprises en vue de répondre aux hypothèses. Des statistiques descriptives et résumées incluant des proportions, des médianes, des écarts interquartiles, des moyennes et des écarts-types ont été utilisés pour décrire les caractéristiques des patients, dépendant du niveau de mesure et de la distribution des variables. Pour les comparaisons entre les groupes, plusieurs tests ont été utilisés (t-test, test de Mann-Whitney U, khi carré de Pearson, test exact de Fisher). Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant le programme statistique SPSS (version 16). Les analyses logistiques multivariées ont été utilisées pour explorer les déterminants significatifs de la non-adhérence. Dans les modèles finaux, le niveau d'importance était établi sur <math>P &lt; 0.05</math>.</p>

<p><b>Présentation des résultats</b></p> <p>-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?</p>	<p>Oui. Les résultats sont clairement présentés.</p> <p><b>Adhérence médicamenteuse :</b></p> <p>Considérant l'échantillon total (n=265), la sous-utilisation de médication prescrite (40%) apparaît plus fréquemment que la surutilisation de médication (14%). 21 patients (8%) étaient à la fois sous et surutilisateurs de leur médication prescrite. Plus fréquemment, les analgésiques surutilisés étaient les opioïdes (58%) suivis des non-opioïdes (19%) et des analgésiques atypiques (11%). 11% des surutilisateurs surutilisent plus d'un type d'analgésiques. Un des trois sous-utilisateurs prenait moins d'opioïdes que prescrit. Les analgésiques atypiques et non opioïdes étaient utilisés moins souvent que prescrits chez respectivement 23% et 19%. 27% sous-utilisaient plus d'un type d'analgésiques. 38% (n=101) des patients ont montré de la non-adhérence (46.7% parmi les sous-utilisateurs et 33.3% parmi les sur-utilisateurs) oubliaient accidentellement de prendre leurs médicaments ou étaient négligeants au sujet de leur prise, et d'où ils pouvaient être considérés comme des non-adhérents non intentionnels. 63.4% (n=168) des patients (76.6% parmi les sous-utilisateurs et 72.2% parmi les sur-utilisateurs) étaient intentionnellement non-adhérents car ils ont arrêté de prendre leur médication parce qu'ils se sentaient mieux ou plus mal.</p> <p><b>Différences entre patients adhérents (n=101) et sous-utilisateurs (n=107) :</b></p> <p>Selon les analyses univariées, les patients qui sous-utilisaient leur médication prescrite contre la douleur avaient des niveaux d'intensité de la douleur significativement plus bas, un nombre plus élevé d'analgésiques prescrits, un nombre plus élevé de dosages quotidiens, plus de prescriptions non opioïdes, plus de prescriptions d'analgésiques atypiques, plus d'effets secondaires dus à leur médication actuelle contre la douleur, ils utilisaient plus fréquemment l'automédication, ils utilisaient des stratégies d'adaptation (coping) actives et recevaient moins fréquemment des informations suffisantes de la part d'un médecin en comparaison aux patients adhérents. La sous-utilisation médicamenteuse apparaissait plus fréquemment dans le centre de la douleur A. Il y avait une tendance des sous-utilisateurs à avoir des scores plus bas sur la sous-échelle d'anxiété.</p> <p><b>Différences entre les patients adhérents (n=101) et les sur-utilisateurs (n=36) :</b></p> <p>Les patients surutilisant leur médication prescrite (analyse univariée) avaient des scores élevés sur les sous-échelles d'anxiété et de dépression, un nombre plus élevé d'analgésiques prescrits, un nombre plus élevés de dosages quotidiens, plus souvent une prescription opioïde et plus souvent des habitudes de tabagisme en comparaison aux patients adhérents. Il y avait une tendance des surutilisateurs à avoir plus souvent un arrêt maladie ou une compensation pour invalidité et utilisaient plus de stratégies. d'adaptation (coping) passives.</p> <p><b>Différences entre adhérents (n=101) et sous et surutilisateurs (n=21) :</b></p> <p>Finalement, les patients qui étaient à la fois sous et surutilisateurs de leurs analgésiques avaient un niveau d'intensité de la douleur plus élevé, un nombre plus élevé d'analgésiques prescrits, un nombre plus élevé de dosages quotidiens, plus souvent des prescriptions de non-opioïdes, utilisaient plus fréquemment l'auto-médication et les stratégies de coping actives en comparaison aux patients adhérents d'après les analyses univariées. En outre, le nombre de doses quotidiennes a été exclu du modèle multivarié.</p>
--	--



	<p>L'analyse multivariée a montré que les patients qui devaient prendre plus d'analgésiques prescrits, qui ne prenaient pas de médication non opioïde et les patients qui étaient traités dans le centre de la douleur B avaient plus de probabilité de surutiliser et de sous-utiliser leur médicaments prescrits contre la douleur.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p><b>Intégration de la théorie et des concepts</b></p> <p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p> <p>-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?</p> <p>-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?</p>	<p>Oui. sous-utilisation ou de surutilisation sont cliniquement pertinents. Les résultats sont interprétés à partir des variables opérationnalisées de non-adhérence en comparaison à l'adhérence. Les 5 dimensions de l'OMS sont intégrées pour cibler la tranche de la population touchée par telle ou telle variable de non-adhérence. En somme, chaque résultat est également interprété par rapport à la littérature. Ces résultats prouvent que, comme les chercheurs l'ont énoncé, ce modèle de l'OMS se focalise seulement sur la sous-utilisation médicamenteuse. On ne sait pas si les mêmes déterminants s'appliquent à la non-adhérence de sur-utilisation.</p> <p><u>Déterminants de la sous-utilisation médicamenteuse :</u></p> <p>Un nombre élevé d'analgésiques, l'usage d'auto-médication, un plus faible niveau d'intensité de la douleur, une stratégie de coping active, le manque d'informations suffisantes et le traitement dans les centre pour la douleur A ou B étaient des déterminants de non-adhérence de sous-utilisation. A part les variables socio-économiques, les variables de toutes les dimensions (l'état de santé, le traitement, le patient, le système de soins de santé) sont corrélées avec ce type de non-adhérence. Aucune variable socio-economique n'a pu être associée avec ce type de non-adhérence (âge, genre). Les facteurs socio-économiques peuvent être utiles pour projeter les patients à risque de non-adhérence. Cependant, comme ces facteurs sont moins amenés à changer, ils sont moins utiles pour remédier à la non-adhérence.</p> <p><u>Déterminants de la sur-utilisation médicamenteuse :</u></p> <p>Tabagisme, sur-utilisation d'opioïdes (comportement déraisonnable relatif aux drogues)</p> <p><u>Déterminant de la sous et sur-utilisation médicamenteuses :</u></p> <p>La complexité du traitement est le seul facteur associé à la fois à la sous et à la sur-utilisation de médication.</p> <p>Oui. Cette question est abordée.</p> <p>Comme il est mentionné dans l'étude, cette dernière montre que la sous-utilisation médicamenteuse chez les patients souffrant de douleur chronique non-maligne est expliquée par les multiples déterminants de l'adhérence tels que suggérés par l'OMS. Cette information est importante pour le développement d'interventions en vue de cibler à long terme plus qu'un facteur de risque simultanément comme il est mentionné dans la littérature. Les soignants devraient essayer de simplifier leur traitement et informer les patients au sujet de la prise de médication.</p> <p>Oui. Ils rendent compte des limitations de l'étude. La taille de l'échantillon était petite et les groupes « non adhérence de surutilisation » et « non adhérence de sous et surutilisation » représentent tous deux seulement 20% de tout l'échantillon, ce qui peut saper le pouvoir statistique. La méthode de mesure de l'adhérence : elle est auto-reportée et peut donc être influencée par des biais relatifs aux souvenirs ou aux désirs sociaux et à la tendance de sous-estimer la non-adhérence. Ils ne savent pas quels niveaux de</p>

	<p>sous-utilisation ou de surutilisation sont cliniquement pertinents. Cette étude n'investigue la non-adhérence intentionnelle ou non-intentionnelle que de manière limitée. Les items de cette étude peuvent ne pas être fiables pour mesurer l'adhérence intentionnelle ou non intentionnelle chez les patients surutilisant leur médication.</p>
<p><b>Perspectives futures</b></p> <p>-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?</p>	<p>Oui. Les chercheurs traitent à la fois des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir. Ils se servent des manquements de leur étude afin de donner des pistes de recherche pour de futures recherches. Ces quelques extraits le montrent : Nous pouvons formuler l'hypothèse que des sous-utilisateurs intentionnels ont des niveaux élevés de préoccupations alors que les surutilisateurs ont des niveaux de nécessité élevés. Une recherche ultérieure est requise en vue de confirmer cette hypothèse. Cette étude n'a pas été désignée pour corréler les différences aux niveaux meso et cro dans le système de santé et la non-adhérence médicamenteuse. Une future recherche se focalisant explicitement sur ces différences entre les centres peut être à même d'examiner d'autres déterminants importants pour la non-adhérence médicamenteuse qui vont au-delà du niveau du patient. Une étude ultérieure investiguant les raisons derrière la prise de plus de médication chez les surutilisateurs est requise. Essai de différentes méthodes de report de l'adhérence (report collatéral par les pairs)</p> <p>En ce qui concerne l'impact pour la pratique, les chercheurs ont mis en évidence les éléments suivants : Un patient n'est pas toujours informé de la durée attendue avant d'être soulagé de sa douleur ou ne réalise pas que les effets secondaires peuvent diminuer après une courte période. De ce fait, selon les chercheurs, la discontinuation de médication devrait toujours être discutée avec un professionnel de santé expérimenté au travers d'un accord partagé. Eduquer les patient au sujet de leur médication et des effets secondaires potentiels peut les autonomiser (=empower) en vue de changer leurs perceptions et de participer activer dans les décisions au sujet de la prise de médicaments. Il est important de simplifier les régimes de traitement pour améliorer l'adhérence. Une meilleure communication devrait mener à un meilleur dialogue et participation, ce qui va augmenter la concordance entre le patient et le soignant.</p>
<p><b>Questions générales</b></p> <p><b>Présentation</b></p> <p>-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?</p>	<p>Oui. L'article est bien écrit et bien structuré. Chaque partie est bien déterminée, écriture claire, il se prête totalement à une analyse minutieuse. Les analyses des résultats révèlent le sens du détail des chercheurs.</p>
<p><b>Evaluation globale</b></p> <p>-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?</p>	<p>Oui. Les résultats apportés (adhérence médicamenteuse, différences entre patients adhérents et sous-utilisateurs, différences entre patients adhérents et surutilisateurs, différences entre adhérents et sous et sur-utilisateurs) mettent en lumière ce que les interventions doivent cibler en matière d'adhérence chez cette population. Ces résultats peuvent être utiles notamment en matière d'enseignement aux patients.</p>

**Appendice K : Tableau de résumé des résultats :**

Terminologie		
Adhérence	Prise de médicaments tels que prescrits par le médecin	
Non-adhérence	Sous-utilisation	Prise de moins de médicaments
		Oubli des doses prescrites au moins quelques fois
	Sur-utilisation	Prendre plus de médicaments
		Prise de doses supplémentaires au moins quelques fois
	Mixte (sous-utilisation et sur-utilisation)	
	Non intentionnelle	Oubli accidentel de prise de médicaments
		Négligence
	Intentionnelle	Interruption de prise de médicaments quand la personne se sent mieux ou moins bien
	Combinée (intentionnelle et non intentionnelle)	

Facteurs liés au patient				
Facteurs contribuant à l'adhérence	Connaissances du patient	Thérapie pharmacologique de la douleur	Connaissances générales	
		Prescriptions médicamenteuses	Nom, dose, fréquence de prise	
Facteurs contribuant à la non-adhérence	Croyances du patient	Douleur	Vue comme signe de péjoration de la maladie	
			Combattre la douleur construit la tolérance	Prise de médicaments que quand la douleur devient insupportable
		Médication contre la douleur	Risque de dépendance, d'addiction	
			Aversion des comprimés	
			Soulagement insuffisant de la douleur	
			Pour les patients, altération de la dose = prendre trop et non pas trop peu de médicaments	
			Sous-utilisation pas vue comme un comportement	

	Comportements du patient	Sous-utilisation	mal-adaptatif au traitement	
			Automédication	
			Stratégies d'adaptation actives	Essayer de fonctionner malgré la douleur
				Essayer de contrôler la douleur
		Sur-utilisation	Stratégies d'adaptation passive	Tabagisme
		Sans distinction entre sous et sur-utilisation	Histoire des abus de médicaments (expériences passées)	
		Exemple de comportement de non-adhérence	Donner des médicaments contre la douleur à d'autres personnes	

#### Facteurs socio-économiques

Facteurs contribuant à la non-adhérence	Démographie	Jeune âge	
		Sans distinction entre sous et sur-utilisation	Pays de résidence
			Être un homme
		Niveau d'éducation plus faible	

#### Facteurs liés à la pathologie

Facteurs contribuant à l'adhérence	Durée de la douleur	Moins de 40 mois	
	Perceptions de la maladie	Ligne du temps cyclique (perception élevée)	Niveau d'adhérence plus faible
		Contrôle perçu de la douleur	Niveau d'adhérence plus faible
		Ligne du temps chronique	Niveau d'adhérence plus élevé
Facteurs contribuant à la non-adhérence	Diagnostic	Facteurs de risque	Score élevé à l'échelle de dépression ADS
		Détresse psychologique élevée	Sous-utilisation
		Autres diagnostics (non précisés)	Sous-utilisation
	Intensité de la douleur	Plus faible	Sous-utilisation
	Facteur de risque	Durée de la douleur au-delà de 40 mois	

Facteurs liés au traitement				
Facteurs contribuant à l'adhérence	Croyances envers la médication			
	Nécessité élevée des médicaments			
Facteurs contribuant à la non-adhérence	Croyances envers la médication	Bénéfices élevés malgré les effets secondaires	Opioïdes (tramadol)	Sous-utilisés
				Sous-reportés
				Sur-utilisés
			Autres non opioïdes	Facteur de risque: report des opioïdes
				Sous-reportés
				Sous-utilisés
			Atypiques (corticostéroïdes,...)	
			Co-analgésiques (antidépresseurs, anticonvulsivants)	Sur-utilisés
			psychotropes	Sous-reportés
		Exemple illustrant la Non-adhérence	Nombre d'analgésiques pris	
		Sans distinction entre sous et sur-utilisation	Poly-médication	
		Durée de temps requise avant l'efficacité du médicament (idée des patients)	Arrêt de la prise si temps attendu dépassé	
		Préoccupations sur les effets secondaires	Arrêt de la prise	
		Préoccupations concernant la médication	Plus élevées	
		Absence de bénéfices perçus	Réduction du dosage	
			Arrêt de la prise	
		Préoccupations concernant l'interruption du traitement	Sous-utilisation	
		Sous-utilisation	Prendre moins de médicaments	
			Plus d'analgésiques prescrits	
			Abus de médicaments	

	Prescriptions médicamenteuses	Sur-utilisation	Perception du besoin	Moins de préoccupé par les effets indésirables
			Plus d'analgésiques prescrits	
		Mixte	Plus souvent des non opioïdes	
			Plus d'analgésiques prescrits	
			Traités dans un centre donné de la douleur	
	Comportements en lien avec la médication	Déviations les plus fréquentes	Auto-ajustement de la dose et de la fréquence	En lien avec l'intensité (gravité) de la douleur
			Prendre moins de médicaments	
		Fréquence de prise des médicaments tel que prescrit	Préoccupations concernant	L'addiction
				L'examen minutieux des médicaments
				La tolérance
				L'interruption du traitement

#### Facteurs du système de santé et soignants

Facteurs contribuant à la non-adhérence	Facteurs en lien avec le médecin	Sous-utilisation	Mauvaise communication
			insatisfaction
			Méfiance envers le médecin
			Manque d'informations reçues
			Interruption du traitement (corrélation négative)
	Facteurs en lien avec un centre donné de la douleur	Patients mixtes	
	Exemple de comportement de non-adhérence	Recours à la médecine alternative (herbes variées, produits « naturels »	

**Appendice L : Echelles BMQ**

	Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Disagree
<b>General-Harm</b>					
People who take medicines should stop their treatment for a while every now and again					
Most medicines are addictive					
Medicines do more harm than good					
Natural remedies are safer than medicines					
All medicines are poison					
<b>General-Overuse</b>					
Doctors use too many medicines					
Doctors place too much trust on medicines					
If doctors had more time with their patients they would prescribe fewer medicines					
<b>General-Benefit</b>					
Without medicines doctors would be less able to cure people					
Medicines help many people to live better lives					
Medicines help many people to live longer					
In most cases the benefits of medicines outweigh the risks					

### Appendice M: Echelle ADS

Bin ich depressiv? (II)									
<p>Der folgende Test ("ADS-L = Allgemeine Depressionsskala") ersetzt keine Arzt/Psychotherapeutendiagnose! Er dient wie der TSD zur Orientierung und kann Ihnen die Entscheidung erleichtern, sich in fachliche Betreuung zu begeben. Nehmen Sie zu allen Fragen Stellung, notieren Sie auf einem Blatt die angekreuzte Zahl und rechnen Sie am Schluss alle Zahlen zusammen. Kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen immer die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht oder entsprochen hat.</p>									
<p><b>A = selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)</b>  <b>B = manchmal (1 bis 2 Tage lang)</b>  <b>C = öfters (3 bis 4 Tage lang)</b>  <b>D = meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)</b></p>						<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>Während der letzten Woche...</b>									
1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen						0	1	2	3
2. hatte ich kaum Appetit.						0	1	2	3
3. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern						0	1	2	3
4. kam ich mir genau so gut vor wie andere.						3	2	1	0
5. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.						0	1	2	3
6. war ich deprimiert/niedergeschlagen.						0	1	2	3
7. war alles anstrengend für mich.						0	1	2	3
8. dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft.						3	2	1	0
9. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.						0	1	2	3
10. hatte ich Angst.						0	1	2	3
11. habe ich schlecht geschlafen.						0	1	2	3
12. war ich fröhlich gestimmt.						3	2	1	0
13. habe ich weniger als sonst geredet.						0	1	2	3
14. fühlte ich mich einsam.						0	1	2	3
15. waren die Leute unfreundlich zu mir.						0	1	2	3
16. habe ich das Leben genossen.						3	2	1	0
17. musste ich weinen.						0	1	2	3
18. war ich traurig.						0	1	2	3
19. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können.						0	1	2	3
20. konnte ich mich zu nichts aufraffen.							1	2	3



		<b>SUMME</b>		
		<p><b>Auswertung:</b> Die Entwickler dieses Fragebogens gehen davon aus, dass ab einer Punktzahl von 16 eine behandlungsbedürftige Depression vorliegt. Sollten Sie so viele oder sogar noch mehr Punkte erzielen, empfehle ich Ihnen dringend, sich fachärztliche oder psychotherapeutische Hilfe zu gönnen. Drucken Sie dieses Formular aus und nehmen Sie es zu Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten mit</p> <p>Erläuterung: Die ADS ist die deutsche Version eines weltweit eingesetzten Fragebogens (CES-D = Center for Epidemiological Studies Depression Scale). Sie wurde von Martin Hauziner und Maja Bailer deutschen Verhältnissen angepasst. Das komplette Testset ist über die Beltz Test GmbH zu beziehen.</p>		

<http://www.psychotherapie-verhaltenstherapie.de/22.html>

***Appendice N: Echelle numérique:***



[http://www.antalvite.fr/pdf/echelle\\_numerique.pdf](http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_numerique.pdf)

## Appendice O: Echelle HADS

### Le questionnaire HADS (de l'anglais *Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Score	Anxiété	Score	Dépression
3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois <input type="checkbox"/> oui, tout autant <input type="checkbox"/> pas autant <input type="checkbox"/> un peu seulement <input type="checkbox"/> presque plus
3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <input type="checkbox"/> oui, très nettement <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses <input type="checkbox"/> autant que par le passé <input type="checkbox"/> plus autant qu'avant <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/> plus du tout
3 2 1 0	Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> très occasionnellement	3 2 1 0	Je suis de bonne humeur : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> la plupart du temps
0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> oui, en général <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais	3 2 1 0	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> très souvent	3 2 1 0	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : <input type="checkbox"/> plus du tout <input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais <input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé
3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : <input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas tellement <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : <input type="checkbox"/> autant qu'autrefois <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant <input type="checkbox"/> presque jamais
3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : <input type="checkbox"/> vraiment très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> pas très souvent <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> très rarement
Total du score pour l'anxiété		Total du score pour la dépression	

Chaque réponse correspond à un chiffre. En additionnant ces chiffres, on obtient un score total par colonne (anxiété et dépression). Si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que vous souffrez d'anxiété ou de dépression (selon la colonne concernée).

**Appendice P: Echelle IPQR:**

	J'ai ressenti ce symptôme depuis ma maladie	Ce symptôme est associé à ma maladie
1. Douleur .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Gorge irritée .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Nausées .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Difficultés respiratoires .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Perte de poids.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Fatigue.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Articulations raides.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. Yeux irrités .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9. Respiration sifflante.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10. Maux de tête.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. Lourdeurs d'estomac .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12. Difficultés pour dormir .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13. Vertiges.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14. Perte de force .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	VOTRE POINT DE VUE SUR VOTRE MALADIE	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	NI D'ACCORD NI PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD
1.	Ma maladie ne va pas durer longtemps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ma maladie est susceptible d'être permanente plutôt que temporaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ma maladie va durer longtemps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Cette maladie va rapidement passer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Je pense qu'il aura cette maladie pour le restant de sa vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ma maladie est grave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ma maladie a des conséquences importantes sur ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ma maladie n'a pas beaucoup d'effet sur ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ma maladie affecte beaucoup la façon dont les autres me voient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ma maladie a des conséquences financières graves.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ma maladie cause des difficultés à mes proches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Il y a beaucoup de choses que je peux faire pour contrôler mes symptômes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ce que je fais peut déterminer l'amélioration ou l'aggravation de ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Le déroulement de ma maladie dépend de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Rien de ce que je fais n'affectera ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	J'ai le pouvoir d'influencer ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Mes actions n'auront aucun effet sur l'évolution de ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ma maladie va s'améliorer avec le temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Il y a peu de choses à faire pour améliorer ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Mon traitement sera efficace pour guérir ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Les effets négatifs de ma maladie peuvent être prévenus (évités) par mon traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Mon traitement peut contrôler ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Rien ne peut aider mon état.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Les symptômes de mon état me laissent perplexe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ma maladie est un mystère pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Je ne comprends pas ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Ma maladie n'a aucun sens pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	J'ai une image nette ou une compréhension de mon état.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>VOTRE POINT DE VUE SUR VOTRE MALADIE</b>	<b>PAS DU TOUT D'ACCORD</b>	<b>PAS D'ACCORD</b>	<b>NI D'ACCORD NI PAS D'ACCORD</b>	<b>D'ACCORD</b>	<b>TOUT A FAIT D'ACCORD</b>
29.	Les symptômes de ma maladie changent beaucoup d'un jour à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Mes symptômes vont et viennent par cycles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Ma maladie est très imprévisible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Je passe par des cycles au cours desquels ma maladie diminue ou empire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Je déprime quand je pense à ma maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Quant j'y pense, ma maladie m'inquiète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Ma maladie me met en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Ma maladie ne me gêne pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	A cause de cette maladie je suis anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Ma maladie me fait peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Appendice Q: Echelle de MARS:**

<b>Question</b>		<b>Answer</b>
1	Do you ever forget to take your medication?	Yes / No
2	Are you careless at times about taking your medication?	Yes / No
3	When you feel better, do you sometimes stop taking your medication?	Yes / No
4	Sometimes if you feel worse when you take the medication, do you stop taking it?	Yes / No
5	I take my medication only when I am sick	Yes / No
6	It is unnatural for my mind and body to be controlled by medication	Yes / No
7	My thoughts are clearer on medication	Yes / No
8	By staying on medication, I can prevent getting sick.	Yes / No
9	I feel weird, like a 'zombie' on medication	Yes / No
10	Medication makes me feel tired and sluggish	Yes / No

[http://cerp.excom21.net/data\\_pdf/3\\_Rating%20scales.pdf](http://cerp.excom21.net/data_pdf/3_Rating%20scales.pdf), p.7

**Appendice R: Echelle de Morisky:**

MMAS-4	MMAS-8
1) Do you ever forget to take your medicine?	1) Do you sometimes forget to take your pills?
2) Are you careless at times about taking your medicine?	2) People sometimes miss taking their medications for reasons other than forgetting. Thinking over the past two weeks, were there any days when you did not take your medicine?
3) Sometimes if you feel worse when you take the medicine, do you stop taking it?	3) Have you ever cut back or stopped taking your medicine without telling your doctor because you felt worse when you took it?
	4) When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your medicine?
	5) Did you take all your medicine yesterday?
4) When you feel better do you sometimes stop taking your medicine?	6) When you feel like your symptoms are under control, do you sometimes stop taking your medicine?
	7) Taking medicine every day is a real inconvenience for some people. Do you ever feel hassled about sticking to your treatment plan?
	8) How often do you have difficulty remembering to take all your medicine? ___ A. Never/rarely ___ B. Once in a while ___ C. Sometimes ___ D. Usually ___ E. All the time

[http://c.ymcdn.com/sites/www.aparx.org/resource/resmgr/Handouts/Morisky\\_Medication\\_Aderence.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.aparx.org/resource/resmgr/Handouts/Morisky_Medication_Aderence.pdf)



**Appendice S: Echelle de Vanderbilt**

<p align="center"><b>Table 2</b> <b>Vanderbilt Pain Management Inventory (Brown and Nicassio, 1987)</b></p>				
	Almost never	Sometimes	Frequently	Almost always
1. When you are in pain, do you wish the doctor had prescribed you stronger medicine?	1	2	3	4
2. Do you start to think that you're tired and fed up of the pain, that it's too much for you?	1	2	3	4
3. Telling others that it hurts a lot.	1	2	3	4
4. Praying for it not to hurt so much.	1	2	3	4
5. Reducing your social activities (going out less, doing fewer things with people, etc.).	1	2	3	4
6. Depending more on others for help with everyday tasks.	1	2	3	4
7. Starting to think that you can't do anything to relieve the pain.	1	2	3	4
8. Taking medicine to see whether the pain goes off.	1	2	3	4
9. Calling a doctor or nurse.	1	2	3	4
10. Starting to think about how much it hurts and where it hurts.	1	2	3	4
11. Trying not to feel angry, nor depressed, nor anxious.	1	2	3	4
12. Doing physical exercise.	1	2	3	4
13. Forgetting the pain.	1	2	3	4
14. Busying yourself with lots of things.	1	2	3	4
15. Ridding your mind of thoughts that upset you.	1	2	3	4
16. Reading.	1	2	3	4
17. Doing something you enjoy.	1	2	3	4
18. Trying to distract yourself from the pain.	1	2	3	4

<http://www.psychologyinspain.com/content/full/2005/9006-2.gif>